UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 17

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SYMPTOMES & DU TRAITEMENT

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTERINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Décembre 1909

PAR

Emile GARAND

Né à Briançon, le 29 Janvier 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VALLOIS, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Professeur,
JEANBRAU Agrégé,
SOUBEYRAN, Agrégé,
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SYMPTOMES ET DU TRAITEMENT

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 17

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SYMPTOMES & DU TRAITEMENT

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTERINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Décembre 1909

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

Emile GARAND

Né à Briançon, le 29 Janvier 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VALLOIS, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Professeur,
JEANBRAU, Agrégé,
SOUBEYRAN, Agrégé,
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN
	SARDA	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✲)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲)
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique		TRUC (✲).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale		VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIÈRE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUZOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. VALLOIS, *président.* | JEANBRAU, *agrégé.*

DE ROUVILLE, *professeur.* | SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A MA MÈRE

A MON ONCLE ET PARRAIN

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES TANTES

A MES PARENTS

E. GARAND.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

E. GARAND.

Je dédie cette modeste étude

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. PLATON

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

E. GARAND.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MESSIEURS LES DOCTEURS

D'ASTROS, BIDON, SCHNELL, PLUYETTE
LOUGE, PIÉRI

Remerciements à ces excellents Maîtres et chefs de services qui nous ont appris à connaître et aimer la médecine et la chirurgie.

E. GARAND.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

AU TRIO AMI

E. GARAND.

A MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

E. GARAND.

AVANT-PROPOS

La grossesse extra-utérine, depuis les progrès de la chirurgie, n'est plus une rareté ; chaque jour, les faits se multiplient sur cette intéressante partie de l'obstétrique.

Les observations que nous reproduisons à la fin de ce modeste travail, sont dues à l'obligeance de MM. les docteurs Platon, Pieri, Poucel, nos maîtres dans les hôpitaux ; MM. Zwiern et Barberis, interne en médecine des hôpitaux de Marseille.

Nous sommes heureux de les remercier ici très vivement de leurs communications.

Nous devons des remerciements tout particuliers à M. le docteur Ch. Platon, chargé de cours et du service de gynécologie, dont l'accueil d'une rare affabilité, les conseils autorisés, et les ouvrages, ont facilité beaucoup notre tâche.

Nous envisagerons la grossesse ectopique à deux points de vue seulement.

La symptomatologie si variée de la grossesse extra-utérine fera l'objet de notre premier chapitre.

Dans un deuxième paragraphe, nous reproduirons les traitements médicaux et chirurgicaux surtout.

Afin de ne pas surcharger notre bibliographie, nous avons voulu limiter nos recherches aux dernières années, à dater de la thèse capitale de Couvelaire, en 1901.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SYMPTOMES & DU TRAITEMENT

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de la grossesse extra-utérine est très variée, fertile en incidents (Ribemont-Dessaignes). L'évolution normale de la grossesse ectopique est très rare ; Pinard a cependant publié des cas où « la grossesse a pu évoluer silencieusement, jusqu'à terme, sans déterminer le moindre accident, ni le moindre trouble fonctionnel ». Dans la grande majorité des cas, la grossesse extra-utérine (et nous entendons sous ce nom la grossesse tubaire, type de beaucoup le plus fréquent) s'interrompt de bonne heure, soit par avortement tubaire, soit surtout par rupture de la trompe.

Entre l'interruption dans les trois premiers mois et l'évolution à terme, toutes les variétés sont possibles.

Pour être plus méthodique, nous étudierons les symptômes séparément, en les supposant au complet.

La femme atteinte de grossesse extra-utérine peut ressentir tous les troubles sympathiques communs de la grossesse, mais, en général, un cortège de signes irréguliers attire l'attention du médecin. Quelquefois, les multipares se rendent compte par elles-mêmes que la nouvelle grossesse n'évolue pas comme les précédentes.

C'est rarement à une primipare que l'on a affaire.

Potocki, dans les *Annales de Gynécologie,* rapporte toutefois, entre autres observateurs, des cas de grossesse extra-utérine arrivées à terme chez des primipares.

Notons, en passant, que la récidive de la grossesse ectopique a été plusieurs fois signalée.

Suppression des règles. — C'est généralement le premier signe qui fait penser à la possibilité d'une grossesse. Est-ce à dire qu'à dater de la fécondation, la femme ne présentera plus d'écoulements sanguins ? C'est tout à fait exceptionnel.

Ordinairement, des pertes sanguines correspondant aux époques se produisent, mais elles sont irrégulières dans leur apparition ; il ne faut pas les considérer comme des menstrues normales.

Les hémorragies diffèrent, en effet, du flux menstruel, par le défaut de périodicité aussi bien que par la quantité du sang évacué. Dans les grossesses tubaires, les hémorragies sont fréquentes ; elles correspondent rarement au temps précis des époques ; ce ne sont pas des règles à proprement parler. Ici, comme dans la grossesse normale, tant que le fœtus est vivant, les *règles sont absentes.*

Tantôt le sang des hémorragies est plus ou moins altéré, chocolaté ou couleur marc de café, parfois même séro-purulent.

Ces hémorragies peuvent être si abondantes qu'elles nécessitent le tamponnement (Léopold).

Tantôt le sang est rouge, abondant. Les pertes rouges coïncident très souvent, ainsi que l'a montré Pinard, avec l'*expulsion de la caduque* utérine, sous forme d'une peau épaisse, sacciforme, ou par lambeaux. Cette expulsion peut faire croire à un avortement, d'autant mieux que, souvent, elle s'accompagne de vives douleurs. Pozzi remarque, à ce sujet, que la tumeur abdominale persiste après l'expulsion, s'il s'agit de grossesse ectopique, et disparaît s'il y a eu une simple fausse-couche.

Lorsque l'expulsion se produit au début de la grossesse, elle est précédée d'une perte sanguine ; il y a tout lieu de croire qu'elle coïncide avec la rupture primitive du kyste fœtal.

L'examen histologique de la caduque évitera l'erreur avec un avortement ou l'expulsion de cotylédons dans une insertion basse du placenta.

Pilliet (*Annales de Gynécologie*) fait une distinction d'autant plus délicate que souvent elles ont lieu simultanément, entre les hémorragies consécutives à la rupture des vaisseaux de la caduque et celles qui se produisent par suite du décollement du placenta dans la trompe.

L'expulsion de la caduque peut d'ailleurs faire totalement défaut. Quand elle se produit, c'est aussi bien dans les premiers mois qu'à la fin de la grossesse, lors du faux travail.

Quoi qu'il en soit de l'expulsion de la caduque, généralement la grossesse continue.

Du côté des seins, la femme peut ressentir des picotements, ou même des élancements douloureux, comme dans une grossesse normale. On peut y sentir des nodosités ;

la peau se sillonne de veines. Le mamelon est plus gros, sensible, du colostrum coule à la pression. En un mot, ces organes peuvent présenter les modifications habituelles de la grossesse normale.

Dans les grossesses tubaires, ces modifications font parfois défaut dans les premiers mois.

Autres signes sympathiques communs avec les grossesses utérines : nausées, vomissements, surtout le matin à jeun. Les fonctions stomacales peuvent être excitées, diminuées, troublées ou perverties (Pajot). La constipation est ordinaire. Modifications dans le caractère ; vertiges quelquefois, etc.

Les signes physiques sont autrement importants et s'accompagnent de symptômes propres aux grossesses extra-utérines.

D'après Pinard, les premiers accidents sont constitués par des « *phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie* ». Ils débutent dès la fin du premier mois ou dans le second. Tantôt ils s'atténuent et disparaissent jusqu'à la fin de la grossesse, tantôt ils se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés.

Les phénomènes de compression, dus à la tumeur fœtale, se traduisent par de la dysurie, des troubles de la miction, de la constipation. Quelquefois, l'irritation de l'intestin, produite par des adhérences avec le kyste fœtal, occasionne de la diarrhée alternant souvent avec la constipation.

Douleurs. — Elles constituent un des signes les plus ordinaires des grossesses extra-utérines. Les phénomènes

douloureux se présentent sous la forme de coliques ou de douleurs franches plus continues et de plus longue durée, siègent dans le bas-ventre avec irradiations dans les lombes et vers le sacrum.

Les coliques accompagnent d'ordinaire les troubles intestinaux ou les hémorragies ; les douleurs sont plus spéciales aux réactions péritonitiques autour du kyste fœtal.

Les douleurs sont plus ou moins vives et spontanées, continues ou provoquées ; elles apparaissent surtout au moment qui coïnciderait aux règles ; la femme est obligée de garder le lit.

Parfois, ces douleurs s'accompagnent de symptômes péritonitiques avec vomissements, ballonnement du ventre sans température ou rarement ; puis, l'accès se calme, la femme reprend ses occupations jusqu'à une nouvelle crise.

La douleur tenace, continue, qui accompagne les crises péritonitiques, ne laisse pas d'influer beaucoup sur l'état général de la femme qui se décourage, s'alimente péniblement, s'irrite contre sa souffrance ou demeure prostrée.

Les phénomènes douloureux atteignent quelquefois une violence extrême, pouvant amener une syncope.

Par sa soudaineté, une douleur atroce, angoissante, « en coup de poignard », peut terrasser une femme jusqu'alors bien portante ou souffrant peu, et marquer le début d'une rupture tubaire, avec le tableau des hémorragies internes graves.

Les causes de ces douleurs sont multiples. On a invoqué, pour les expliquer :

a) La réaction péritonitique autour du kyste fœtal (Chayé) ;

b) La distension du kyste ;

c) Les tiraillements exercés par l'œuf plus ou moins adhérent aux organes voisins ;

d) Les contractions de l'utérus irrité ;

e) La sensibilité exagérée des parois abdominales.

Ces causes, plus ou moins plausibles, peuvent se combiner les unes aux autres ; nous ne les discuterons pas.

Inspection. — Dans les cas rares où la grossesse dépasse deux à trois mois, on reconnaît à la vue, et la femme fait souvent la première cette constatation, que le ventre est augmenté de volume.

Cette augmentation se produit, non plus sur la ligne médiane, comme dans la gestation normale, mais dans l'hypochondre gauche ou droit.

Le ventre grossit régulièrement ; quelquefois, il augmente de volume plus vite que dans la grossesse utérine normale.

Si la grossesse ectopique est assez avancée, la tumeur abdominale est de forme insolite, irrégulière.

Souvent on reconnaît, en relief, *deux tumeurs* : l'une, la plus grosse, droite ou gauche, est le *kyste fœtal* ; l'autre est l'*utérus* hypertrophié, à peu près sur la ligne médiane ; l'utérus présente parfois des contractions visibles. Voron a signalé que la tumeur formée par le kyste fœtal peut être franchement médiane.

Parfois encore, insiste Pinard, une *troisième tumeur* fait relief en avant du ventre : c'est la *vessie*, remplie d'urine. Il faut toujours y penser, afin de ne pas apporter dans le diagnostic une cause d'erreur. De même, lorsqu'une intervention sera décidée, la vessie a une grande importance par sa situation, ses rapports et les déplacements qu'elle a pu subir de la part du kyste fœtal.

Il y a toujours lieu, par suite, à chaque examen ou

avant l'opération, d'en faire le cathétérisme. Le rectum doit également être évacué.

Le ventre est plutôt *élargi transversalement* dans la grossesse tubaire ; il peut même donner l'impression du ventre de batracien de l'ascite.

Cet aspect ne se rencontre pas dans la grossesse normale, où l'augmentation de volume porte sur la ligne médiane, sauf cependant dans les présentations du tronc, où les parois latérales de l'abdomen s'élargissent.

Palpation. — L'exploration par le palper varie avec le moment où elle est pratiquée, suivant l'âge de la grossesse.

Dans les premiers mois (et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, puisque la rupture interrompt plus ou moins vite la grossesse) l'exploration par le palper ne peut, à elle seule, donner que des présomptions en faveur d'une grossesse tubaire.

On sent, ce que l'inspection souvent montrait déjà, une tumeur irrégulière à droite ou à gauche, rarement médiane, séparée nettement, dans les premiers mois tout au moins, d'une autre tumeur franchement médiane, plus régulière, présentant des contractions, et qui n'est autre que l'utérus hypertrophié. On le trouve assez facilement si le produit de la gestation est vivant ou s'il est mort depuis peu de temps.

La tumeur latérale n'a pas la mobilité du globe utérin; parfois même, elle est absolument immobile lorsque des adhérences de voisinage fixent le kyste tubaire.

Lorsque la grossesse est plus avancée et que l'enfant est vivant, le diagnostic devient plus facile. On perçoit généralement les deux pôles du fœtus et la résistance du

liquide amniotique, ainsi que les mouvements actifs et passifs du fœtus.

Les différentes parties fœtales sont senties avec une grande netteté ; le fœtus semble être « *à fleur de peau* ». Mais ceci est loin d'être toujours vrai ; le fœtus est peu accessible lorsque la paroi du kyste est épaisse, lorsque la femme a une paroi abdominale fortement graisseuse.

Quand le fœtus est mort, le palper devient plus difficile. On peut obtenir quelquefois la sensation de *ballottement*. Plus tard, si le fœtus avait un certain développement, cette sensation peut être remplacée par la *crépitation* osseuse, produite par les os du crâne fœtal, chevauchant les uns sur les autres.

Par le palper, dans les grossesses tubaires, on peut sentir, au niveau du kyste fœtal, un *frémissement*, un thrill, qui disparaît peu après la mort du fœtus. C'est au même point que, par l'auscultation, s'entend un bruit de souffle continu. Le thrill, quand il existe, a une certaine valeur diagnostique, mais ce signe, lui aussi, est inconstant.

Le palper doit être pratiqué avec la plus grande douceur, par la pulpe des doigts. Souvent, le ventre est à tel point douloureux qu'il vaut mieux ne pas insister. Combiné au toucher, le palper fournit des renseignements précieux.

Percussion. — Elle donne peu de renseignements ; elle permet seulement de distinguer une matité complète au niveau du kyste fœtal et de l'utérus, tranchant nettement sur la sonorité intestinale.

Vider toujours la vessie, afin de ne pas confondre sa matité avec celle de l'utérus.

Mensuration. — Depaul, surtout, a fait ressortir l'intérêt que pouvait présenter, pour concourir au diagnostic

positif de la grossesse ectopique, la mensuration du diamètre transverse de l'abdomen. La présentation de l'épaule seule, dans la grossesse normale, pourrait donner un élargissement transversal du ventre ; aussi, est-il intéressant de le mensurer régulièrement. Il faut prendre un point de repère toujours le même pour les mensurations successives, l'ombilic de préférence, ou faire à tel niveau du plastron abdominal une marque peu susceptible de s'effacer ; un trait avec un crayon de nitrate d'argent est très pratique.

Auscultation. — Les résultats en sont différents suivant l'âge de la grossesse. Lorsque le fœtus est vivant et la gestation assez avancée, l'auscultation peut devenir un signe de certitude, mais ce n'est pas elle qui montrera nettement que le siège de la grossesse n'est pas normal.

Cazeaux ne considérait pas l'auscultation comme un procédé utile, puisque, dans la grande majorité des cas, le fœtus est mort. Dans les grossesses tubaires, en règle générale, de très bonne heure le fœtus meurt, c'est vrai, et l'auscultation n'apprendra presque rien, mais il n'en est pas de même dans les grossesses péritonéales ou infundibulaires à type abdominal. La grossesse avance plus souvent, même jusqu'à terme, et l'auscultation formera ici, comme dans la gestation normale, « *avec le palper et le toucher, le trépied du diagnostic* » (Vallois).

L'auscultation fait entendre des bruits maternels, des bruits fœtaux. Au début, on perçoit un *bruit de souffle continu, avec renforcement.* Au même point, enseigne Pinard, par le palper, on ressent un frémissement, un thrill. Ce souffle paraît se produire au niveau du placenta. Quelquefois, le souffle n'est pas entendu. Quand il existe, presque tous les auteurs s'accordent à lui reconnaître une

grande importance, Dubois, Depaul, Pinard en particulier.

Si la grossesse continue, on arrive à distinguer les battements cardiaques, qui ne sont pas synchrones avec les pulsations maternelles ; le diagnostic de grossesse peut dès lors être affirmé.

Il arrive quelquefois que les bruits du cœur ne sont pas entendus, ou tardivement ; ceci se produit surtout lorsque les parois abdominales sont très épaisses, ou bien lorsque l'enfant présente sa paroi antérieure à l'oreille de l'observateur.

Toucher. — Avant le cinquième mois, les signes fournis par le palper et l'inspection du ventre contribuent peu à établir le diagnostic. Le toucher, par contre, a une importance considérable et permet quelquefois, plus que tout autre moyen, de reconnaître une grossesse extra-utérine. Depaul, en particulier, a attiré l'attention sur les signes fournis par le toucher. Combiné au palper, les renseignements soumis par lui aident considérablement au diagnostic.

Le toucher vaginal montre que le col utérin est un peu ramolli, mais beaucoup moins, insiste Pinard, que dans la grossesse utérine normale. Le col est toujours facile à reconnaître et tranche nettement sur la résistance plus ou moins marquée, des culs-de-sac.

Le *ramollissement du col*, constant « pendant toute la durée de la grossesse, *n'est jamais aussi accusé*, aussi complet que dans la grossesse utérine, de sorte que la consistance du col tranchera toujours sur les parties ambiantes. Le ramollissement disparaît environ un mois après la mort du fœtus ». (Pinard.)

Le col est généralement dévié, soit en avant et en haut,

soit sur les côtés, plus rarement en arrière. Exceptionnellement, il reste central, comme dans la grossesse utérine normale.

L'orifice externe du col est souvent entr'ouvert, surtout si la femme a des hémorragies.

L'utérus s'hypertrophie un peu, par sympathie, dans la grossesse ectopique ; tant que le kyste fœtal n'est pas rompu, on peut le mobiliser légèrement, mais jamais on n'obtient la sensation du ballottement de l'utérus. Il faut être très prudent dans les essais de mobilisation de l'utérus, car on réveille facilement la douleur dans cette exploration.

Disons-le en passant : les différentes pratiques du palper et du toucher gagnent à être exécutées, sauf contre-indication absolue, sous anesthésie. Les manœuvres exploratrices sont ainsi considérablement facilitées, le danger de rupture du kyste est diminué et l'on évite à la malade les douleurs provoquées par un examen prolongé.

Par le palper et le toucher combinés, on se rend compte que l'utérus est plus gros que d'habitude. Son développement n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse. L'utérus augmente notablement de volume, indiquant par là, malgré l'opinion contraire de Velpeau, qu'il subit une influence sympathique.

D'après les auteurs, on peut admettre que l'utérus s'hypertrophie, surtout dans les cas de grossesse tubaire interstitielle ou isthmique ; l'hypertrophie serait moins marquée que dans la variété de grossesse ectopique abdominale.

Depaul a, en outre, attiré l'attention sur la *forme de l'utérus,* qui est plus aplati dans la grossesse extra-utérine tandis que dans la grossesse normale il s'arrondit et s'é-

largit dans sa partie supérieure. Quelquefois, il est presque impossible de découvrir l'utérus, dévié en arrière.

Par le toucher, on reconnaît, à côté de l'utérus, une masse de grosseur variable qui n'est autre que le kyste fœtal. Très sensible au toucher, de consistance plus ou moins dure, lorsque le ventre n'est pas trop tendu, on peut même reconnaître l'orientation de cette tumeur ovoïde généralement à grosse extrémité externe, et petite extrémité dirigée vers l'utérus. Dans la partie interne, parfois, un sillon très net sépare la petite tumeur formée par l'utérus, de celle du kyste fœtal.

Tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, l'utérus est situé en avant du kyste fœtal, et le col se trouve si haut, derrière la symphyse, qu'il faut introduire plusieurs doigts ou la main entière dans le vagin pour l'atteindre ; tantôt l'utérus est reporté en arrière, ou bien encore déjeté à droite, à gauche, suivant le côté qu'occupe la tumeur voisine. Enfin, le kyste et l'utérus peuvent faire corps ensemble (Ribemont-Dessaignes).

« Le kyste fœtal, dit Pinard, plonge plus ou moins dans l'excavation, sous forme d'une tumeur, tantôt régulière, tantôt irrégulière. L'engagement, la forme, la consistance de cette tumeur, qui remplit plus ou moins l'excavation, sont en rapport avec la variété de grossesse ectopique, ainsi qu'avec l'attitude du fœtus et le lieu d'insertion du placenta. Si, dans certains cas, le doigt rencontre, profondément engagée, une tumeur lisse, régulière, recouverte d'une paroi mince, permettant de sentir au travers les caractères de la région fœtale, quelquefois aussi la tumeur est moins engagée, présente des parois irrégulières, d'inégale consistance, et dont l'épaisseur est telle que le doigt, même en déprimant fortement, ne peut arriver à percevoir nettement aucune partie fœtale. Presque tou-

jours, dans ce cas, le placenta, en totalité ou en partie, se trouve dans le petit bassin, constatation importante au point de vue du choix de l'intervention. »

Contrairement aux affections inflammatoires des annexes, on peut constater, par des examens successifs, à quelques jours de distance, que la trompe augmente progressivement de volume.

En cas de rupture tubaire, le toucher montre que le cul-de-sac postérieur, le plus souvent, est effacé. Une tumeur dépressible, au début, molle, se sent en ce point ; puis, cette tuméfaction devient de plus en plus résistante au doigt.

De bonne heure, des adhérences fixent et immobilisent l'utérus, mais il ne s'hypertrophie pas parallèlement à l'âge de la grossesse.

Toucher rectal. — Cette exploration est utile et doit être pratiquée systématiquement. On apprécie bien mieux un utérus refoulé en arrière par la tumeur. Le doigt rencontre et explore une masse inégale, irrégulière. Combiné au palper, il peut donner des renseignements assez certains sur les rapports de la tumeur avec les organes du voisinage. Parfois, par le toucher rectal, on pourra reconnaître une partie fœtale qui ne se sentait pas par le toucher vaginal.

Cette exploration est souvent très douloureuse et doit être précédée d'un lavement laudanisé et évacuateur.

Cathétérisme utérin. — Il n'est pas sans intérêt de s'assurer que l'utérus augmenté de volume est vide. On peut s'en assurer, depuis Stoltz, par le cathétérisme (employer une petite bougie de Hégar, par exemple), pratiqué avec toutes les précautions usuelles. L'état de plénitude ou de vacuité de l'organe est par là constaté, ainsi

que la hauteur de l'utérus, augmenté de quelques centimètres.

Mais le procédé instrumental n'est pas sans danger ; constater que l'utérus est vide, c'est bien, mais, dans le cas d'un utérus gravide, l'introduction d'un cathéter peut amener des dégâts sérieux. En tous cas, on doit pratiquer cette exploration avec douceur et méthode, en se méfiant d'une erreur toujours possible de diagnostic.

Tarnier préfère à cette investigation instrumentale, par trop dangereuse, le toucher intra-utérin digital. Ce procédé n'est pas toujours praticable, souvent dangereux, ainsi que le remarque Pinard. Rarement, en dehors du faux travail, les orifices externe et interne du col sont assez entr'ouverts pour livrer passage au doigt sans dilatation préalable. Lorsque le diagnostic présente des difficultés considérables, ce procédé est à retenir, mais seulement dans ces cas, en raison des accidents qu'il peut provoquer.

Particularités des symptômes lorsque l'enfant est mort après le cinquième mois. — Après le cinquième mois, lorsque l'enfant est mort, l'utérus ne se développe plus et revient sur lui-même ; de même que le kyste, l'utérus cesse de se développer.

Le fœtus subit des transformations spéciales, se momifie, macère, s'imprègne de sels calcaires, etc. L'auscultation ne laisse plus entendre les bruits du cœur fœtal et, quelques jours après, le souffle et le frémissement au niveau du kyste fœtal disparaissent. Une montée laiteuse se produit.

Les troubles sympathiques de la grossesse ne persistent pas, les mouvements passifs ne sont plus perçus par la malade.

Contrairement à ce qui se passe en cas de mort du fœtus dans la grossesse utérine, les *règles font à nouveau leur apparition deux mois environ après la mort du fœtus*, d'après Pinard. Le retour du flux menstruel est donc un élément sérieux de diagnostic en faveur de la grossesse extra-utérine, quand le fœtus est mort.

Les douleurs dont se plaignaient souvent les malades diminuent, puis disparaissent, en général.

Lorsque la grossesse arrive à terme, la mort de l'enfant est précédée par les phénomènes du faux travail.

Le *faux travail* est caractérisé par des douleurs abdominales se répétant à intervalles réguliers ; elles ont le caractère expulsif des contractions utérines franches. Ces douleurs sont irradiées dans les reins et le bas-ventre. Le faux travail peut induire en erreur et faire croire à un accouchement normal imminent. Mais, ce faux travail n'aboutit pas : l'effacement et la dilatation du col n'ont pas lieu.

Assez souvent une perte de sang légère et de courte durée se produit au moment du faux-travail. Si le diagnostic de la grossesse extra-utérine est encore hésitant, la constatation du faux-travail suffirait à y faire penser. Lorsque ce phénomène se produit à terme, on songera à la grossesse ectopique, parce que le col ne se dilate pas, parce que la tumeur abdominale volumineuse n'est pas le siège de ces contractions douloureuses expulsives, qui ont lieu en vain, dans la petite tumeur : l'utérus.

Ultérieurement au faux-travail, persiste une tumeur très dure qui peut devenir une cause d'occlusion intestinale ou s'infecter secondairement et engendrer des désordres variés, si elle vient à s'évacuer.

A la vue, dès l'abord, l'observateur est frappé par

la physionomie étrange du ventre, lorsque la grossesse ectopique a dépassé le cinquième mois.

Particularités des symptômes de la grossesse extra-utérine avec enfant vivant après le cinquième mois. — Les douleurs, à partir du cinquième mois, se calment ; elles peuvent même cesser ou reviennent seulement, discrètes, de temps à autre.

Les pertes de sang deviennent rares à dater du cinquième mois et peuvent même manquer.

La caduque est expulsée, soit près du terme, soit au moment du faux-travail, lorsque l'enfant meurt. Quelquefois même, à terme, la caduque n'est pas expulsée.

Les signes physiques, indiquant que l'enfant est vivant, sont à peu près ceux de la grossesse normale.

Nous ne retiendrons que les particularités.

La mère ressent parfois mieux que dans la grossesse utérine normale les mouvements du fœtus.

Le ventre est étalé transversalement.

L'utérus demeure plus volumineux, tant que le fœtus est vivant ; parfois aussi, des contractions manifestes durcissent l'organe et sont appréciables, soit à la vue, soit au palper.

L'auscultation apprend peu de chose sur le siège anormal de la grossesse. Le souffle continu avec renforcement est très net quand il existe au niveau du kyste fœtal ; c'est un bon signe de grossesse extra-utérine, mais inconstant.

Le toucher, quand l'enfant est vivant, est un peu particulier. Le col peut être ramolli au point de faire croire à une grossesse utérine.

La grossesse extra-utérine, comme le démontre fort bien Voron (*Annales de Gynécologie*), est susceptible de

dérouler toute son évolution sans aucun des symptômes qui lui sont habituels. Le tableau clinique est alors calqué sur celui de la grossesse normale utérine. La femme consultera un médecin, ou bien parce qu'elle ne sent plus remuer l'enfant, ou parce que le faux-travail fait penser à un accouchement normal, ou parce que la femme est surprise de voir la grossesse se prolonger sans phénomènes de délivrance.

Diagnostic des variétés. — Velpeau disait qu'il est ridicule d'essayer le diagnostic des variétés. D'autres médecins prétendent que l'on peut y atteindre.

Notons simplement les quelques remarques faites pour établir le diagnostic de telle ou telle variété.

La grossesse tubaire dépasse rarement le troisième ou le quatrième mois ; elle est interrompue ordinairement par la rupture du kyste fœtal ou l'avortement tubaire. Au-delà du quatrième mois, on peut donc penser plutôt à la variété abdominale qui, seule, dans la majorité des cas, a pu arriver jusqu'à terme.

Dans la cavité abdominale, les règles, ou mieux les hémorragies périodiques correspondant aux règles, font ordinairement défaut, tandis qu'elles seraient fréquentes et abondantes dans la variété tubaire.

Dans la variété tubaire, les douleurs, les phénomènes péritoniques et les troubles fonctionnels, sont plus précoces et répétés (Heim) que dans la variété péritonéale.

Les mouvements de l'enfant seraient moins vagues, presque sur place, d'après Baudelocque, lorsque la grossesse est tubaire.

Dans la grossesse péritonéale, les mouvements sont plus étendus, le fœtus étant moins à l'étroit.

D'après Braxton-Hicks, le col est refoulé du côté du

kyste, dans la variété tubaire ; le contraire se montrerait dans la variété abdominale ; cette hypothèse n'a pas souvent été confirmée.

Il ne rentre pas dans le cadre de notre étude de traiter des complications des grossesses ectopiques au cours de leur évolution et du diagnostic de ces complications.

Il nous faudrait, en particulier, faire l'exposé de l'avortement et de la rupture tubaire, ainsi que l'histoire des hématocèles, si souvent originaires d'une grossesse extra-utérine.

Les complications et les dangers que font encourir aux malades, à plus ou moins brève échéance, un fœtus mort, ne nous arrêteront pas davantage.

Nous n'aborderons pas non plus le diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine avec les nombreuses affections qui peuvent la simuler de loin ou de près, aux différentes périodes de cette grossesse.

Nous croyons avoir groupé un ensemble de signes suffisants pour atteindre au diagnostic positif de grossesse extra-utérine ; nous disons un ensemble de signes, car les pages qui précèdent démontrent combien la symptomatologie est variée. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine est loin d'être toujours facile.

TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Le traitement des grossesses ectopiques est une question à l'ordre du jour, sur laquelle accoucheurs et gynécologues ont souvent attiré l'attention.

La conduite à tenir dans les divers modes de la grossesse extra-utérine paraît actuellement établie sur des bases précises. C'est, en grande partie, Segond (Congrès de Chirurgie tenu à Marseille en 1898) et Pinard, qui ont tracé les règles heureuses que la chirurgie moderne a adoptées à leur suite.

Le traitement de la grossesse extra-utérine est de nos jours presque exclusivement chirurgical ; il se réduit à la question de l'opportunité de l'intervention et au choix de la voie, le plus souvent abdominale, quelquefois vaginale.

« Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. » (Pinard.)

Les cas exceptionnels cités par Bouilly, dont la guérison est spontanée, ne peuvent servir de correctif à la formule du professeur de Baudelocque.

L'étude du traitement de la grossesse ectopique comprend deux parties : l'une, *historique*, contient l'ensemble des moyens archaïques délaissés presque tous aujourd'hui, dont nous ferons un simple rappel ; l'autre, *mo-*

derne, de beaucoup plus importante, qui fera l'objet de notre deuxième paragraphe.

I. *Traitements anciens.* — Différents traitements, aujourd'hui délaissés, avec juste raison, ou ne conservant que quelques rares partisans, ont eu jadis leurs heures de célébrité. Tous visent la première période de la grossesse extra-utérine et se proposent de tuer l'embryon au moment le plus convenable, pour obtenir sa tolérance ou sa résorption.

Ces procédés cherchent à détruire, plus ou moins directement, le fœtus.

Ritgen, en 1872, soumettait la femme à l'abstinence escomptant par l'inanition et les purgatifs la mort du fœtus.

Cazeaux, Keller espéraient le même résultat par des saignées répétées.

Barnes employait la strychnine à dose légèrement tonique pour la mère.

Braxton Hicks, Simpson, Freund avaient recours à la ponction du kyste par le vagin, l'abdomen ou le rectum suivant le cas afin d'évacuer le liquide amniotique et tenter de blesser le fœtus avec un trocart plus ou moins gros. Cette méthode très dangereuse s'est montrée le plus souvent inefficace et n'arrêtait pas souvent l'évolution de la grossesse.

Joulin, Maygrier, Friedreich, etc., essayèrent avec de rares succès les injections toxiques dans l'œuf : strychnine, atropine, mais surtout, *morphine*. On pousse dans l'œuf, à huit ou quinze jours d'intervalle, deux injections de trois centigrammes de chlorhydrate de morphine. Ce moyen est séduisant par sa simplicité, mais il y a tout lieu de craindre, par son emploi, l'hémorragie, la perforation de l'intestin ou l'infection. Ce procédé pourrait être utile dans les trois premiers mois de la grossesse ectopique, mais combien de fois est-elle méconnue à cette période.

Bachetti, après Dubois, puis Garrigues, en Amérique, Warneck, Kalabine, en Russie, mirent en œuvre l'*électricité* pour essayer, par une décharge électrique, d'arrêter le développement de l'œuf. La galvanisation, l'électropuncture, mais surtout la faradisation, ont été tour à tour essayées. Le plus souvent, ces moyens fatiguaient beaucoup la mère, sans faire aucun mal au fœtus (Tripier). Cette méthode est donc inutile, ou même dangereuse, puisqu'on l'a accusée d'être parfois la cause de rupture, en amenant des contractions tubaires.

II. *Traitements modernes.* — A l'heure actuelle, le traitement de la grossesse extra-utérine est presque exclusivement chirurgical, mais il y a quelques réserves à faire sur le temps de l'opération, le mode, la voie qu'il faudra suivre; nous reviendrons bientôt sur ces considérations, de même aussi, suivant l'âge, la forme ou les complications.

Afin de sérier les cas, nous procèderons par ordre, selon le plan d'exposition de Pozzi. Dans son admirable rapport au Congrès de Chirurgie de 1898, Segond a mis au point l'importante question du traitement des grossesses extra-utérines ; ce sera notre guide dans la partie chirurgicale de cette étude. La grande majorité des gynécologues et les chirurgiens ont actuellement adopté sa manière d'agir.

Une première division capitale s'impose : c'est de considérer la grossesse extra-utérine pendant sa première période, *avant le cinquième mois,* et au cours de sa deuxième période, *après le cinquième mois.* La rupture est fréquente jusqu'à cinq mois, surtout pendant les trois premiers.

Dans les cinq derniers mois, la conduite peut varier

beaucoup suivant que le fœtus est vivant ou mort récemment, ou mort depuis longtemps. Nous allons reprendre en détail ces subdividisions, en faisant, dans chaque cas, l'étude des complications qui lui sont propres.

I. Avant le 5e mois

1° Grossesse extra-utérine sans rupture. — On ne peut guère pendant cette période que soupçonner la grossesse extra-utérine, car les signes positifs de grossesse manquent souvent. Si le diagnostic est posé, il faut traiter la grossesse ectopique par laparotomie et si le diagnostic est hésitant, l'intervention est encore indiquée, car la prétendue grossesse est alors, en réalité, une annexite inflammatoire ou kystique, relevant également de la chirurgie.

L'opération doit être pratiquée le plus tôt possible, elle se limite dans l'immense majorité des cas à une ablation unilatérale. L'opération ne présente que peu de différence avec l'extirpation d'un kyste séreux, sanguin, de la trompe ou d'une salpingite banale, puisque la grossesse extra-utérine est dans l'immense majorité des cas une grossesse tubaire.

On s'efforcera, afin d'éviter l'hémorragie, de ne pas rompre le kyste fœtal ; d'ailleurs, l'amélioration de la technique et l'usage du plan incliné ont diminué de beaucoup cet accident.

Dans les cas de grossesse intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvienne se développant en somme comme un kyste inclus, la poche n'est pas pédiculisable ; on décortiquera cette poche après l'incision du péritoine, sur un espace où n'existent pas de vaisseaux, et l'on pratiquerait

rapidement l'extraction comme s'il s'agissait d'un kyste parovarien inclus.

L'hémostase est obtenue par l'ablation rapide, par une suture en capiton de la cavité cruentée, et dans les cas rebelles, par un tamponnement à la Mickulicz (loc. cit., docteur Platon).

Les grossesses interstitielles sont impossibles à diagnostiquer avant la constatation directe. Elles ne relèvent que de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.

La grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire ne présente aucune indication spéciale. Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'hystérectomie abdominale, supra-vaginale ou totale.

2° Grossesse extra-utérine compliquée de rupture avec hémorragie interne grave. — La question du traitement par l'intervention immédiate ne se pose plus aujourd'hui. Tout le monde semble d'accord pour accepter dans ces cas urgents, la *laparotomie précoce,* même quand la malade est in extremis. Sans retard il faut aller pincer, puis lier le pédicule pour arrêter l'hémorragie ; c'est le point capital de l'intervention. Lejars, dans son ouvrage de la chirurgie d'urgence, a fort bien fixé la technique de l'hémostase rapide. Ladinsky, qui a fait une bonne étude clinique et opératoire d'une centaine de cas de grossesses extra-utérines, se range à l'avis qu'il faut opérer immédiatement lorsqu'il y a rupture du kyste fœtal, et non attendre pour intervenir que le shock se soit un peu atténué. Plus on attendra, plus la malade sera affaiblie par l'hémorragie, qui peut se répéter et emporter la femme

saignée à blanc. Albertin (Lyon chirurgical, 1909) préfère attendre que le shock se soit un peu atténué.

Attendre, dans ces cas de rupture à grand fracas offrant le tableau des hémorragies internes graves, c'est, dans la grande majorité des cas, laisser mourir la femme sans cesse à la merci d'une nouvelle hémorragie ; c'est compromettre, en opérant trop tard, le bénéfice d'une opération simple et sans danger, si elle est bien conduite. Ce qu'il faut dans ces cas de rupture où la grossesse extra-utérine peut être méconnue (chez une femme que l'on voit pour la première fois, par exemple), c'est un diagnostic d'intervention par des indications nettes (Lejars). La douleur brusque, l'état syncopal ou le collapsus progressif, l'état péritonéal, le pouls, la température, servent de guides pour commander l'intervention ; mais, plutôt que d'escompter les chances d'une hémostase problématique alors même que la rupture n'aurait pas les allures cataclysmiques, dans le doute, il faut opérer, et de bonne heure sera le mieux.

Keller et surtout Lawson-Tait, les premiers, ont montré la ligne de conduite à suivre ; presque tous les accoucheurs et chirurgiens l'ont adoptée.

Bien entendu, il faudra aider le traitement local par un *traitement général* : injections hypodermiques d'éther, frictions à l'alcool sur les membres, bouillottes chaudes, etc., si la femme, terrassée par une douleur violente, est tombée en syncope ; puis, pour la soutenir, injections hypodermiques de caféine, huile camphrée, potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque, potion de Todd ; immobilité absolue, glace sur le ventre, eau de Rabel, champagne frappé, etc., pour combattre les phénomènes péritonitiques et les vomissements.

Mais il ne faudra pas s'attarder à ces petits moyens

qui doivent céder le pas au seul traitement utile, la recherche du foyer de l'hémorragie et la *ligature expresse du pédicule* ; après l'intervention ils seront d'excellents adjuvants.

L'emploi du sérum physiologique en injection sous-cutanée, ou mieux intra-veineuse dans les cas urgents, est d'un précieux secours pour lutter contre l'hémorragie. Certains auteurs cependant prétendent que son emploi, en augmentant la pression artérielle, peut faciliter la continuation de l'hémorragie et occasionne une perte de temps. La plupart des opérateurs préfèrent en user avant, pendant et après l'opération ; ils en retirent de grands avantages.

Donc, à l'heure actuelle, le traitement de l'inondation péritonéale possible à toutes les phases de la grossesse extra-utérine est bien fixé et les abstentionnistes qui affirment et escomptent la possibilité de l'enkystement des hémorragies les plus abondantes, devraient s'avouer vaincus devant l'éloquence des chiffres : 86 0/0 de mortalité par l'expectation, 85 0/0 de guérisons par l'intervention. (Choyan.)

Aussi, dirons-nous avec Segond, qu'en présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorragie grave, il faut sans restriction accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, en tous cas aussi précoce que possible.

Si l'inondation péritonéale est le premier terme des complications hémorragiques, l'hématosalpinx, l'hématocèle enkystée et l'hématocèle à poussées hémorragiques en sont d'autres aspects.

Dans les cas d'hématosalpinx compliqué ou non d'hé-

morragie intra-péritonéale, la seule conduite à tenir est d'enlever la trompe et le kyste fœtal par laparotomie.

A propos de l'hématocèle, les avis sont un peu partagés sur l'intervention ou l'abstention sur la voie abdominale ou vaginale. Il semble que la question puisse se poser ainsi.

Si l'hémorragie récente semble abondante, s'accompagne d'inondation péritonéale, il faut opérer et enlever si c'est possible la trompe, cause de tout le mal, par laparotomie.

Lorsque *l'hématocèle est peu abondante* avec des symptômes locaux et généraux peu alarmants, peut-être vaut-il mieux attendre et traiter la malade par le repos complet, une vessie de glace sur le ventre, un opiacé, des calmants, etc.

En présence d'une *hématocèle volumineuse sans poussées hémorragiques,* doit-on, avec Laroyenne, recourir à l'incision vaginale ? Des succès ont été ainsi obtenus. Laroyenne ponctionnait et débridait le cul-de-sac vaginal lorsque l'état général de la femme était satisfaisant ; Condamin extirpait, en outre, la trompe rompue. La guérison ne s'obtient pas toujours et plus ou moins tôt pourront se poser les indications d'une laparotomie ; la colpotomie n'est donc, dans la grande majorité des cas, qu'une opération d'attente simple et bénigne quand elle est convenablement pratiquée, qui permet de remplir les indications de l'heure présente sans engager l'avenir.

Par la voie vaginale on peut, en outre, enlever les annexes qui saignent ou pratiquer la castration utéro-annexielle totale lorsque l'on rencontre de grosses lésions annexielles ; mais ne vaut-il pas mieux encore pratiquer une laparotomie qui donne toujours plus de jour et rend l'opération plus facile et plus sûre ?

Reynier, par crainte de l'infection secondaire et des hémorragies, Terrier parce que la voie abdominale donne plus de jour, la majorité des chirurgiens à leur suite, préfèrent la laparotomie quand même. Ils reprochent à l'incision vaginale :

1° D'exposer à l'infection consécutive de la poche. Cette critique, il est vrai, avec les progrès de l'asepsie moderne rigoureuse, pourrait tomber d'elle-même. On peut et doit se mettre à l'abri d'une infection, même dans les cas d'incision vaginale ;

2° Une hémorragie nouvelle peut se produire ; par la colpotomie on ne peut atteindre la source même de l'écoulement sanguin.

Ce reproche est généralement justifié, et c'est bien là le point faible de cette intervention. Il faut remarquer cependant que l'on n'emploie la colpotomie que pour des hématocèles qui ne saignent plus, produites par une hémorragie annexielle ancienne et tarie. Il serait toujours temps, si malgré toutes les prévisions le sang se mettait à couler, de pratiquer une hystérectomie vaginale ou de passer à la voie abdominale.

Certains chirurgiens ne font-ils pas une colpotomie rétrograde quand ils terminent, pour établir un drainage soigné, la laparotomie par l'incision du cul-de-sac postérieur ? Mais à quoi bon agir ainsi, la laparotomie d'emblée vaut mieux.

3° Les caillots ne peuvent pas être évacués complètement. Ceci est vrai, mais l'extraction ou la libre sortie d'une partie des caillots continuera au cours des pansements, la guérison ne sera pas empêchée pour si peu. De nombreux faits l'ont prouvé.

4° Par la colpotomie, on laisse enfin des lésions annexiel-

les qu'il est impossible de bien reconnaître et qui peuvent tôt ou tard exiger une autre intervention.

Les partisans de la colpotomie s'appuient sur ce fait que l'hystérectomie vaginale est une pratique de chirurgie abdominale bien établie ; on pourrait l'employer ici immédiatement s'il en était besoin. Généralement, disent-ils, les lésions annexielles sont assez légères pour guérir spontanément.

La colpotomie serait donc une opération de valeur pour les hématocèles enkystées. L'incision doit être faite au bistouri, dit Segond, droit devant soi, au travers du cul-de-sac postérieur, mis à découvert par un écarteur, qui déprime la paroi vaginale postérieure, pendant qu'une pince à traction immobilise le col et le porte en avant. Le foyer, une fois ouvert, la brèche vaginale doit être agrandie au maximum dans le sens transversal, avec deux coups de ciseaux ou avec les deux index opposés dos à dos, ou simplement après incision au ciseau de la muqueuse en vrillant avec le doigt jusqu'au cul-de-sac postérieur (Vallois).

Un bistouri suffit sans le secours d'une instrumentation spéciale (Laroyenne se servait d'un trocart spécial et de son métrotome). La seule précaution à prendre pour conserver à la colpotomie sa bénignité, c'est de vider la poche avec une extrême douceur, d'abandonner au drainage ce qui ne sort pas facilement. L'évacuation du contenu pourrait être facilitée d'une façon prudente et avec beaucoup de douceur par l'emploi d'une curette mousse (Platon). On s'assure par un toucher prudent de l'état des annexes, puis on place un gros drain en croix ou en couronne (Louge), que l'on fixe par un crin à la lèvre inférieure de l'incision vaginale, puis on tamponne mollement le vagin avec de la gaze iodoformée. A la moindre

menace d'infection ou de rétention, les pansements seront journaliers ; on lavera la poche sous faible pression avec des liquides non toxiques. Si la température ne remonte pas, des pansements rares et espacés suffiront jusqu'à la guérison.

L'incision vaginale permet aussi d'ouvrir des collections plus latérales et les hématocèles sous-péritonéo-pelviennes. Disons donc, avec Imbert, « la colpotomie est dans l'hématocèle morte l'idéal du traitement conservateur » ; mais dans ces cas-là seulement, ainsi que dans les hématocèles enkystées anciennes et nettement supprimées.

L'hématocèle à poussées hémorragiques successives comporte davantage la laparotomie ; c'est alors l'intervention de choix ; la colpotomie est très discutable. Par la voie abdominale, l'hémostase directe est des plus avantageuses.

II. Après le 5e mois.

1° Grossesse extra-utérine, enfant vivant. — Les indications opératoires diffèrent si l'on envisage la vie de la mère seule, ou la vie de la mère et de l'enfant. Litzmann, Mayer, Fraipont, ne prenaient en considération que le point de vue maternel exclusivement ; Dunkan, Fraenkel, au contraire, tenaient compte des deux existences en jeu. Les conclusions suivantes paraissent réunir les suffrages de la majorité des gynécologues et des chirurgiens. Lorsque le fœtus est vivant, mais encore *loin de la viabilité*, les dangers à courir pour la mère sont trop grands et l'intervention immédiate s'impose. En opérant, dès le diagnostic posé, on met la mère à l'abri des redoutables compli-

cations qui peuvent, par la suite, avec une rapidité déconcertante, se déclarer ; l'enfant n'a que bien peu de chances d'arriver au terme de la grossesse ; au reste, les produits des grossesses extra-utérines sont rarement viables et ne prospèrent pas.

Pinard, Pozzi, s'élèvent contre ces idées, qui n'envisagent que le sort de la mère et sacrifient trop facilement la vie de l'enfant. Le fœtus peut fort bien être viable, de nombreux succès l'ont prouvé ; aussi, lorsque l'on est plus près de l'époque de viabilité, on peut essayer de sauver mère et enfant à cette condition que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais le moindre danger pour la mère (Picqué).

Des opérateurs comme Pinard, Rein, attendent la limite de viabilité, c'est-à-dire le cours du septième mois ; Pinard préfère différer jusqu'au huitième ou au neuvième. On est alors en droit d'espérer, sinon un enfant à terme, tout au moins un enfant viable, grâce aux couveuses et autres moyens employés pour l'élevage des enfants prématurés.

Pour cela, il faut condamner les femmes au repos absolu ; l'expectation armée sera toujours prête à intervenir à la moindre alerte.

Il serait pourtant imprudent de dépasser huit mois et demi ou le commencement du neuvième (Redd, Duncan) ; on s'exposerait à voir apparaître les phénomènes du faux travail, qui rendraient l'opération plus difficile.

Orillard, en 1894, a publié des observations très intéressantes d'enfants obtenus à terme ou viables. « Il est certain, dit-il, que les malformations sont plus fréquentes chez les fœtus extra-utérins, mais dans un grand nombre de cas elles semblent compatibles avec l'existence. Il est donc légitime d'essayer de sauver la mère et l'enfant. »

L'intervention étant décidée, comment faut-il opérer ? *L'élytrotomie doit être absolument repoussée.* La voie vaginale ne peut parer suffisamment aux hémorragies dangereuses du décollement placentaire.

La laparotomie est absolument indiquée. Pinard préfère ouvrir le kyste, extraire le fœtus ; on se contente *de la marsupialisation du sac sans toucher au placenta,* dont on abandonne l'expulsion à la nature. Cette dernière précaution constitue une règle absolue : il faut bien moins redouter la septicémie par rétention (objection que l'on a faite aux laparotomies tardives), que l'hémorragie par extraction immédiate (Pinard).

Laparotomie. — La voie abdominale permet au chirurgien de mieux contrôler le champ opératoire, d'obtenir une hémostase plus complète et rapide ; elle permet un examen plus direct, donc plus certain, des lésions et, par suite, une ablation plus conservatrice des organes lésés ; si l'œuf est perdu dans la cavité abdominale, on ne peut l'enlever que par cette voie ; en cas de diagnostic erroné on peut remédier aux troubles causes d'erreur.

L'opération comprend deux parties.

1° *L'ablation du fœtus* ;

2° *L'ablation ou la marsupialisation du sac.*

On incise la paroi abdominale et atteint le sac qui est fixé rapidement par un surjet aux lèvres de la plaie. Couche par couche, on procède à l'incision du sac en évitant autant que possible de faire porter la section sur le placenta, et l'on pince, chemin faisant, les vaisseaux.

Une fois le sac ouvert, on extrait rapidement le fœtus en le saisissant par les pieds, puis section et ligature du cordon.

Comment faut-il se comporter vis-à-vis du sac fœtal ?

Théoriquement, l'ablation complète du sac serait le traitement idéal. Litzmann, le premier, conseilla cette méthode, que suivirent quelques opérateurs, mais les résultats n'ont pas toujours répondu aux espérances. Cependant, les partisans de cette méthode sont, de nos jours, assez nombreux. Pour espérer un bon résultat, il faut opérer avec grande rapidité, ce qui est le meilleur moyen d'éviter ou réduire au minimum l'hémorragie. Si l'on rencontre des adhérences trop fortes avec la vessie, l'intestin et le rectum, par exemple, on découperait et laisserait adhérent une parcelle du sac en ce point plutôt que de provoquer une déchirure de l'intestin.

La méthode conservatrice du sac a donné jusqu'à présent de meilleurs résultats, principalement lorsque la femme est trop faible et qu'il faut aller vite en évitant une perte de sang de quelque importance. On fait, dans ces cas, soit l'extirpation partielle du sac ou la conservation totale avec marsupialisation.

L'extirpation partielle peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas ; on résèque la majeure partie des parois du kyste pour diminuer l'étendue du sac qui disparaîtra en quinze ou vingt jours en moyenne.

Des sutures fixent le sac à la paroi abdominale, et l'on s'efforcera, comme le conseille Pozzi, de ne pas pénétrer toute l'épaisseur du sac avec l'aiguille, mais de coudre seulement les couches superficielles à la paroi. Quelques opérateurs, dont Martin, ajoutent à l'opération le drainage par le vagin, à l'aide d'un gros drain traversant le cul-de-sac postérieur. Ce procédé ne paraît avoir raison d'être que dans le cas de poches, bas situées dans le Douglas ; il ne peut être tout au plus que le complément du drainage vaginal. On peut essayer d'extirper tout ou partie du *placenta* tant que le décollement n'entraîne pas

d'hémorragie. Les uns, comme Negri, abandonnent le placenta, qui s'élimine peu à peu. D'autres, et Pinard est du nombre, ne touchent pas au placenta pendant l'intervention et l'enlèvent par fragments une vingtaine de jours après.

Le drainage abdominal par de gros tubes en caoutchouc assurera l'écoulement des liquides et la détersion de la poche sera faite par des pansements réguliers, des injections antiseptiques de naphtol en solution faible, de permanganate de potasse, de lusoforme, en se guidant, pour la fréquence de ces injections, sur la température de la malade et l'odeur des produits éliminés par les drains.

Lorsque le placenta s'élimine dans de bonnes conditions, en quelques semaines la cavité du sac se rétrécit et disparaît par accolement des parois.

2° Grossesse extra-utérine, enfant mort récemment. — Les complications hémorragiques sont les mêmes que dans la grossesse extra-utérine avec fœtus vivant.

Il est prudent d'attendre, avant de faire la laparotomie, de beaucoup le procédé de choix, que la circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie.

Parry conseillait l'expectation indéfinie, le fœtus se transformant en lithopédion, il n'y aurait qu'à aider les accidents d'élimination spontanée quand ils apparaissent.

La laparotomie, après une attente de deux mois (Pinard), trois mois (Vallois), est, en somme, l'*opération de choix* ; l'invasion de la fièvre et les symptômes d'infection, loin de la contre-indiquer, la rendent plus urgente encore. Extirper totalement le sac sans l'ouvrir, le contenu pouvant être une source d'infection (Pozzi), serait la pratique idéale qui modifie dans ce cas la technique

opératoire de la laparotomie. Mais la majorité des opérateurs, et nous nous rangeons à cette opinion, préfèrent la *marsupialisation*. On se bornera à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta.

3° Grossesse extra-utérine, enfant mort depuis longtemps. — Il semblerait de prime abord que l'expectation prudente soit rationnelle. Un fœtus mort depuis longtemps et toléré, mieux encore, transformé en lithopédion, paraît une circonstance excellente pour mettre à couvert la femme et garantir l'avenir. Il n'en est rien. Cette tumeur tolérée plus ou moins longtemps, peut s'enflammer, suppurer et donner lieu à des complications graves ou mortelles, alors que la femme semblait jouir définitivement d'une tolérance parfaite vis-à-vis de ce corps étranger. Dans ces conditions, mieux vaut procéder à la *laparotomie précoce* et à l'extirpation totale.

Lorsque l'enfant est mort depuis plusieurs semaines ou des mois, la situation du kyste fœtal, qui souvent déprime le cul-de-sac postérieur du vagin, les craintes d'hémorragies beaucoup moindres, pourraient engager quelquefois à pratiquer l'intervention par colpotomie postérieure.

Cazeaux, Baudelocque, ont obtenu ainsi quelques succès.

La colpotomie est une opération aveugle, dangereuse ; nous n'en voulons pour preuve que l'observation instructive de Vallois (Revue mensuelle de gynécologie et d'obstétrique, janvier 1909). Le cas qui se présentait à l'opérateur semblait réunir des conditions parfaites pour une élytrotomie : « Le fœtus qui s'était développé jusqu'à la fin du septième mois, avait succombé depuis trois mois ; il se présentait longitudinalement ; le kyste fœtal bombait

fortement dans l'excavation, la tête plongeait dans le petit bassin ; enfin le doigt explorateur, qui percevait nettement la tête fœtale, permettait de constater que le placenta n'était sûrement pas inséré à la partie inférieure du kyste. » Après hésitations et longues réflexions, M. Vallois préféra la voie la plus sûre et bien lui en prit. « Les adhérences du fœtus étaient telles qu'en opérant par le vagin, il n'eût pas été possible de les décoller sans danger et que, ne se rendant pas compte des choses, on eût risqué de déchirer l'intestin auquel le fœtus paraissait adhérent. »

La voie abdominale est donc la plus sûre ; l'élytrotomie doit être rejetée au profit de la laparotomie. Picqué n'hésite pas à s'exprimer ainsi : « L'élytrotomie est une méthode que condamnent les statistiques et le bon sens. »

4° Kyste fœtal ancien suppuré avec fistule. — Le kyste fœtal ancien suppuré ou non n'a de particulier que son contenu, son ossuaire fœtal, suivant l'expression de Pozzi. Il est assimilable à un kyste quelconque ; si des symptômes généraux révèlent l'infection, même sans abcès localisé, il faut pratiquer *une laparotomie,* extraire le fœtus et si possible le sac infecté ou le marsupialiser. On peut également opérer par la voie vaginale si l'intervention doit en être facilitée ; mieux vaut encore la laparotomie ; on évacuera les débris fœtaux et des lavages fréquents assureront la désinfection du sac. Lorsqu'il existe un abcès on l'incisera au point où il fait saillie, au niveau de l'abdomen ou du vagin en général. Souvent, il suffit de dilater les trajets fistuleux pour favoriser l'élimination des débris fœtaux, lorsque l'abcès s'est fait jour de lui-même, soit vers le vagin, l'abdomen, le rectum (Martel, Loire médicale, août 1909), ou bien encore la vessie, mais

cette dernière élimination est très rare. Toutefois, la laparotomie s'imposera lorsque la fistule s'est produite dans une région difficilement accessible.

Müller préconisait la taille vaginale ; Werth la colpotomie et la taille sus-pubienne ; Thomson a fait la taille uréthrale ; Winckel se contentait de la dilatation uréthrale.

« Mais la laparotomie, dit Pozzi, semble préférable à ces manœuvres aveugles, longues et compliquées. »

CONCLUSIONS

La symptomatologie de la grossesse extra-utérine est complexe, irrégulière. Elle comprend des symptômes communs avec la grossesse utérine et des symptômes qui lui sont propres ; la coexistence des uns et des autres, plus ou moins au complet, permet seule d'en faire le diagnostic positif.

Le traitement de la grossesse extra-utérine est exclusivement chirurgical.

Avant le cinquième mois. — Dès le diagnostic posé, il faut enlever le kyste fœtal par laparotomie ; la rupture avec hémorragie interne commande l'intervention immédiate et l'hémostase rapide du pédicule.

L'hématosalpinx, l'hématocèle récente, ne relèvent que de la laparotomie. L'hématocèle ancienne, enkystée, peut, à la rigueur, laisser place à la colpotomie postérieure.

Après le cinquième mois, fœtus vivant. — Si le fœtus est encore loin de la viabilité, il faut l'extraire par laparotomie, marsupialiser le sac, avec abandon du placenta.

Si le fœtus est viable : laparotomie entre le huitième et le neuvième mois de la grossesse, marsupialisation du sac, abandon du placenta.

Après le cinquième mois, fœtus mort. — Si le fœtus est

mort récemment, il faut attendre deux à trois mois avant de pratiquer la laparotomie, marsupialisation du sac, abandon du placenta.

Si l'enfant est mort depuis longtemps, la laparotomie est encore l'opération de choix. L'élytrotomie est condamnable.

OBSERVATIONS

Observation première (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Platon.

Rupture subite de la trompe droite. — Inondation péritonéale. — Fœtus mort de trois mois expulsé dans la cavité abdominale. — Laparotomie. — Ablation de la trompe droite et de l'ovaire gauche scléro-kystique. — Guérison.

S..., 33 ans, domestique. Reçue le 20 juin 1909.

Cette femme avait été admise à l'hôpital dans une salle de médecine pour une affection banale, un peu de gastrite avec quelques vomissements.

Le 20 juin 1909, au soir, brusquement, une douleur indicible dans le bas-ventre lui fait perdre connaissance. Ranimée, la malade souffre de toute la région abdominale ; elle est pâle, les traits tirés, le pouls petit. Le ventre est tendu, très douloureux, surtout à droite. Le transfert dans la clinique de gynécologie est rapidement fait.

On apprend par l'interrogatoire, en partie établi dans le service de médecine, que la malade, bien réglée depuis 12 ans, a eu ses *règles suspendues* en avril 1909, et depuis elles n'ont pas reparu.

Le 12 juin toutefois, la femme a ressenti une douleur assez vive dans le bas-ventre, douleur s'étant accompagnée d'une perte de sang rouge, de caillots et de peaux (probablement lambeaux ou totalité de la caduque uté

rine ?) Les pertes continuèrent depuis très légèrement jusqu'au 23, où l'accident aiguë se déclare.

Une intervention est décidée pour le 21 juin dans l'après-midi ; entre temps on remonte la malade par des injections de sérum et de caféine et l'application de glace sur le ventre.

Le ventre est, en effet, tendu, ballonné, très douloureux, c'est à peine si le palper prudent peut se permettre de délimiter vaguement la tuméfaction que l'on sent dans la fosse iliaque droite. Par le toucher, on reconnaît une tuméfaction résistante qui bombe dans le cul-de-sac droit, le cul-de-sac postérieur est un peu effacé.

La miction est douloureuse et se fait mal ; on y supplée par le cathétérisme.

Diarrhée. Pouls à 140. Pas de fièvre. Vomissements.

21 juin, 6 heures du soir. Laparotomie médiane. Le ventre est plein de sang et de caillots ; sans s'attarder à faire une toilette à fond, l'opérateur atteint la trompe droite qui, rompue, saigne toujours. Le sac fœtal rompu est rempli de caillots et de sang au milieu desquels se trouve un fœtus mort d'environ trois mois. Des clamps en lieu utile sont placés. Résection de la trompe droite ; hémostase difficile ; nettoyage de la cavité abdominale inondée ; suture des pédicules, ablation de l'ovaire gauche scléro-kystique furent ensuite les temps divers et faciles de l'intervention, dès que la source de l'hémorragie fut supprimée. Drainage soigné de la cavité abdominale à la gaze et par des drains en verre.

Injections de sérum artificiel.

Bonnes suites opératoires.

13 juillet. — La malade est en bonne voie de guérison ; elle sort, guérie, peu de temps après.

Observation II (inédite)

Rupture tubaire gauche dans une G. ectopique. — Colpotomie suivie à quelques jours d'intervalle de laparotomie. — Salpingite gauche et rupture de la trompe. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

(Service de Gynécologie de M. le professeur Platon)

F. S..., femme de 25 ans. Ménagère. Une grossesse antérieure datant de deux ans.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, sans douleurs. Rien à signaler dans les antécédents. Au mois de janvier 1907, cette femme a des pertes blanches assez abondantes et les mois suivants présente des irrégularités menstruelles s'accompagnant de douleurs abdominales métritiques. Un médecin la soigne jusqu'en mars par des injections chaudes et des pansements glycérinés.

Tout à coup en faisant sa vaisselle, 15 jours après ses règles, le 17 avril, elle est terrassée par une douleur très vive dans le bas-ventre. La sage-femme aussitôt appelée trouve la malade dans un état quasi-syncopal et commande le repos absolu. Ventre ballonné, tendu, vomissements, pouls déprimé, température oscillant entre 38° et 39°.

Appelé le 20 avril, M. le docteur Platon constate le ballonnement du ventre douloureux, le pouls petit, de la diarrhée, de la difficulté à la miction ; la langue est saburrale, la température atteint 39°5.

Au toucher le col est mou, le cul-de-sac postérieur bombe sous le doigt avec signe de fluctuation manifeste. Le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec suppuration est porté.

Une opération étant refusée par la famille, le docteur

traite la malade par des applications de glase sur le ventre.

Six jours après, le 26 avril, l'état général est plus grave : la température est montée à 40 degrés, s'accompagnant de vomissements et de symptômes de péritonite.

L'incision du cul-de sac postérieur amène l'évacuation de pus, de caillots noirs, durs, en abondance, que l'on extrait doucement à la curette mousse. Une hémorragie assez forte se produit ; elle est arrêtée par un tamponnement serré.

Le lendemain, 27 avril, l'état général s'est amélioré, la température s'est abaissée à 38°, les selles sont normales, le ventre plus souple.

Le 29 avril, pansement ; en retirant la gaze, une hémorragie nouvelle se produit, plus abondante. Elle est arrêtée plus difficilement par un nouveau tamponnement. Le docteur emploie pour le pansement du sérum gélatiné, soi-disant stérilisé par un préparateur de campagne.

Deux heures après le pansement, la malade est prise d'un violent frisson, claque des dents. Le ventre se ballonne à nouveau, la température ascensionne à 41°. Vomissements. Etat général très grave.

On fait un nouveau pansement ; une nouvelle hémorragie se produit, arrêtée par un tamponnement soigné et l'application de glace sur le ventre.

Durant cinq jours l'état reste grave ; puis la température s'abaisse un peu à la suite d'injections d'électrargol. Les hémorragies cessent enfin au cours des pansements. La poche du cul de sac postérieur peut être facilement et complètement vidée de ses caillots. Dès lors se produit une amélioration rapide d'état général et local. La femme peut s'asseoir dans son lit et s'alimente, tout danger semble conjuré.

Quinze jours après, le 14 mai, M. le docteur Platon est appelé d'urgence. La malade ressent une douleur très vive dans le bas-ventre, à gauche. Le ventre est ballonné, tendu. Température, 39°. Vomissements.

Au toucher, une tuméfaction fluctuante bombe dans le cul-de-sac latéral gauche et fait porter le diagnostic d'un nouvel épanchement sanguin avec pus.

La malade est transportée à fin d'opération à la clinique obstétricale de l'Hôpital de la Conception, le 15 mai.

La malade est laparotomisée et l'on constate une grosse salpingite suppurée à gauche. La trompe, très friable, se déchire sous les doigts, l'utérus est bâti par de nombreuses adhérences. Hystérectomie subtotale. Guérison rapide.

Le 30 mai, formation d'un petit abcès de la paroi, puis d'un abcès profond avec cortège de symptômes locaux et généraux assez sérieux. A la suite de ces abcès, une fistule stercorale persista plusieurs semaines.

Enfin, la malade guérit ; en octobre 1909, elle était superbe de santé.

Observation III (inédite)

(Service de Gynécologie de M. le docteur Platon)

Grossesse tubaire gauche rompue dans le péritoine et formation d'une hématocèle suppurée. Peut-être également grossesse tubaire droite. — Opération. — Décès.

D... A..., femme de 42 ans, admise dans le service de gynécologie, le 12 juillet.

Réglée vers 14 ans et bien.

Première grossesse à 26 ans ; enfant vivant.

Deuxième grossesse à 27 ans ; enfant vivant.

Troisième grossesse à 38 ans ; enfant vivant.

Premier avortement de 4 mois, il y a un an et demi.

Deuxième avortement, remonte à un mois et demi et s'est accompagné d'expulsion de membranes. La femme n'avait pas eu ses règles depuis trente-trois jours lorsqu'elle a avorté sans cause précise.

A noter encore, dans les antécédents personnels de la malade, qu'elle a souffert du bas-ventre pendant près de onze ans, avec leucorrhée peu abondante. Les douleurs et les pertes ont cessé il y a cinq ans, à l'époque de la troisième grossesse.

Après le deuxième avortement, fortes douleurs abdominales, irradiées dans les lombes avec métrorragies irrégulières pas très abondantes, et pertes blanches obligeant la malade à garder le lit.

Depuis quinze jours, mictions difficiles. Examen : On sent par le palper dans le bas-ventre une masse volumineuse, dure, plus développée à droite qu'à gauche. Par le toucher, on reconnaît que le col ferme est dirigé en avant, tandis que l'utérus en rétroversion est senti dans le Douglas. Le cul-de-sac gauche est rempli par une grosse masse dure ; dans le cul-de-sac droit une tuméfaction résistante est également sentie, mais elle bombe moins.

Le toucher et le palper abdominal combinés permettent de mieux apprécier cette tumeur solidement bâtie, très difficile à mobiliser. Les mouvements que l'on imprime sur la tumeur abdominale à droite paraissent mieux transmis au col de l'utérus que les mouvements imprimés à gauche.

15 juillet. — Depuis son entrée à l'hôpital, la malade souffre de fortes coliques et d'élancements très douloureux dans le bas-ventre. Constipation ; difficultés à la miction ; métrorragies assez légères et irrégulières. Etat général médiocre, pas de fièvre.

19 juillet. — Brusquement, la malade ressent une douleur instantanée et d'une violence extrême ; frisson, grande pâleur, extrémités et nez froids, pouls rapide (à 104) et petit.

On réchauffe la malade, qui s'améliore un peu par des injections sous-cutanées de sérum artificiel, de caféine ; potions stimulantes, etc., glace sur le ventre.

Devant la gravité toujours croissante des symptômes (température 39°), une intervention est décidée.

21 juillet. — Opération : A l'ouverture de l'abdomen, l'utérus apparaît augmenté de volume. La trompe droite a le volume d'une grosse noix ; la trompe gauche est plus petite.

En arrière de l'utérus, on tombe sur une collection purulente du volume d'une orange, d'où s'écoule un pus chocolaté, très fétide.

Les ovaires sont scléro-kystiques.

1° Ablation de l'utérus, très friable, après ligature des pédicules (hystérectomie subtotale) ;

2° Ablation de la trompe droite ;

3° Ablation de la trompe gauche, qui est adhérente à l'intestin ;

4° La poche située en arrière de l'utérus est soigneusement vidée, mais il est impossible de l'enlever à cause des adhérences. Nettoyage du sang et des caillots épanchés dans le petit bassin ;

5° Marsupialisation de la poche et péritonisation. On place trois Mickuliez : un à droite, un à gauche, le troisième dans la poche de pus. Sutures sur trois plans au catgut, fils d'argent et griffes de Michel.

N.-B. — La trompe droite contient une masse rougeâtre qui paraît être un placenta.

22 juillet. — La malade va bien ; pas de température ; elle ne souffre pas.

23 juillet. — Amélioration continue.

24 juillet. — La femme meurt subitement en quelques minutes. Le pansement est souillé de sang.

Observation IV (inédite)

(Service de Gynécologie de M. le Docteur Platon)

Grossesse extra-utérine rompue, — Injection. — Gangrène de l'utérus. — Enorme épanchement péritonéal fétide. — Opération. — Mort par toxhémie.

F... J..., 40 ans, ménagère. Entrée le 3 mai 1909 à la clinique de gynécologie.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

Antécédents personnels. — Réglée assez régulièrement à 14 ans, mariée à 20, elle eut à terme un enfant à 22 ans ; puis, trois avortements de deux et trois mois. Cette femme, d'ailleurs, paraît avoir contracté la syphilis après son mariage, vers 25 ans.

Enceinte de deux mois, un nouvel avortement se produit le 9 avril 1909. La malade dit avoir rendu le placenta ; en tous cas, on a remarqué, mêlée aux caillots, une masse consistante et volumineuse.

Depuis cette métrorrhagie, que la malade considère comme un avortement, les pertes de sang abondantes se sont répétées, accompagnées de vives douleurs dans le bas-ventre, de vomissements, diarrhée, difficultés à la miction. La femme a eu plusieurs crises identiques, avec fièvre plus ou moins forte, jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A l'examen, état général mauvais, pâleur du visage, traits tirés, langue sale, diarrhée, vomissements alimen-

taires et bilieux, mictions douloureuses et fréquentes et fièvre à grandes oscillations.

Palper : ventre dur, très douloureux, ne permettant pas l'exploration profonde.

Toucher : col très en avant, l'utérus est bâti. Le cul-de-sac droit est empâté.

On traite la malade pour péritonite et se tient dans l'expectation armée. En particulier, dans le traitement, on fait de larges applications de glace sur l'abdomen et on tonifie la malade.

4 mai. — Etat stationnaire. Température, 38°4 matin ; 38°2 soir.

5 mai. — Un peu d'amélioration de l'état général. Température, 36°8 matin ; 37°5 soir.

6 mai. — Les symptômes s'atténuent un peu, mais la fièvre persiste. Température, 37°9 matin ; 38°9 soir.

7 et 8 mai. — L'état ne s'améliore pas. La température toutefois n'a pas dépassé 38°3.

9 mai. — Douleurs abdominales plus vives, vomissements, diarrhée. Température, 38° matin ; 39°1 soir.

10 mai. — Un peu de calme. Température, 37°6 matin ; 38°5 soir.

11 mai.— Les vomissements et les douleurs augmentent. Température, 39°2 matin ; 39°1 soir.

12, 13 et 14 mai. — L'état général s'aggrave de plus en plus ; vomissements bilieux, faciès grippé. La température de 39° à 39°7.

Une intervention chirurgicale est alors décidée comme dernière chance de salut pour la malade.

Laparotomie, le 15 mai. — L'aponévrose abdominale est tendue, le péritoine apparaît, marbré de traînées rouges ; on l'incise ; une expulsion de gaz se produit en mê-

me temps que deux litres environ de liquide hématique très fétide.

L'utérus est sphacélé par places du côté gauche. La trompe gauche est le siège d'un gros kyste hématique ; elle est extirpée. Une vaste poche péritonéale (naissant dans le Douglas) remplie de pus, adhérente aux organes voisins, s'étend du côté gauche de la cavité abdominale ; elle est évacuée et, faute de pouvoir l'extraire en totalité à cause des adhérences multiples, elle est marsupialisée. De gros drains et des mèches de gaze sont placés pour assurer le drainage de cette poche.

Assèchement et nettoyage aussi complet que possible de la cavité péritonéale.

Le 15 mai au soir et le 16, une très légère amélioration se produit, la température s'abaisse à 38°, les vomissements ont cessé, le ventre est souple, mais le pouls eet mauvais, très petit, rapide.

17 mai. — La malade meurt par résorption des produits sphacélés et non par péritonite. Pouls à 120-140-160. Dyspnée toxique.

Observation V (inédite)

(Service de M. le Docteur Platon))

Hématocèle rétro-utérine. — Rupture de la trompe droite. — Opération. — Guérison.

D... C..., femme de 24 ans, ménagère, admise dans le service de gynécologie le 28 mai 1909.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Réglée à 15 ans ; les époques menstruelles présentèrent quelques irrégularités daus les dates souvent devancées,

l'abondance et la durée. Pertes blanches fréquentes depuis l'époque de la puberté.

Elle eut un enfant à terme, deux ans après son mariage, à 20 ans.

Le 15 avril, après avoir vainement attendu ses règles pendant huit jours, la femme ressentit brusquement en faisant un effort léger une douleur extrêmement violente dans le bas-ventre, douleur irradiée aux lombes et s'accompagnant d'angoisses, de pâleur du visage et de perte momentanée de la connaissance. Pas d'hémorragie externe, pas de température.

La malade se remet péniblement de cette crise aiguë, début des accidents.

Du 15 avril au 28 mai, cette femme a présenté des alternatives de crises douloureuses, toutefois moins violentes que la première, suivies de périodes de calme relatif pendant lesquelles la malade ne ressent qu'une pesanteur dans le bas-ventre, qui grossit davantage à chaque nouvel accès.

La constipation habituelle, depuis le début de la maladie, a fait place, à deux reprises, à une forte diarrhée de quelques jours. Pas de troubles à la miction.

Mais, ces crises douloureuses apyrétiques ne laissent pas d'avoir à chaque fois davantage ruiné la santé de la femme, qui s'affaiblit de plus en plus.

Une dernière crise brusque, presque aussi violente que la première, décide le transport de la malade à l'hôpital le 28 mai.

A l'examen, on trouve une femme très affaiblie, pâle, les traits tirés, le pouls misérable, sans fièvre, ni vomissements. Langue saburrale, pas de vomissements, mais diarrhée à ce moment-là.

La palpation délicate du ventre tendu, très douloureux

dans la fosse iliaque droite, fait reconnaître une tuméfaction plongeant dans le petit bassin et paraissant indépendante d'une autre tumeur médiane plus petite débordant à peine le pubis. La tumeur iliaque droite remonte très haut, elle est irrégulière et sa délimitation vers la ligne médiane est assez confuse, sauf au voisinage de l'utérus.

Toucher. — Le col est rejeté en avant, derrière la symphyse ; il est dur, fermé ; l'utérus est immobile.

Dans le cul-de-sac latéral droit, bombe une grosse masse n'offrant pas les caractères de la fluctuation franche; elle résiste un peu sous le doigt. Le cul-de-sac postérieur est empâté ; le cul-de-sac droit est libre.

Par le palper combiné, on sent mieux la tumeur, qui s'étend dans le flanc droit ; elle est immobile, bâtie, assez nettement distincte de l'utérus.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine droite rompue avec épanchements répétés dans la cavité abdominale, ainsi que l'état général de plus en plus mauvais de la malade, décident l'intervention, qui a lieu le lendemain.

A l'incision du ventre ballonné, le péritoine se montre marbré à droite de plaques rougeâtres ; l'abdomen est rempli de caillots plus ou moins récents et de sérosité hématique. En arrière de l'utérus, en particulier, sont tassés des caillots noirs, un peu durs. La trompe droite, très augmentée de volume, est rompue à sa partie supérieure ; de la crevasse sort doucement du sang et des caillots, dont elle est remplie.

Des clamps sont placés en conséquence, puis remplacés par des sutures pour assurer l'hémostase. La trompe rompue est extirpée en masse.

On fait ensuite une toilette soignée du ventre, sans la-

vage, ni drainage; on suture les parois abdominales en plusieurs plans.

Bien entendu, les soins généraux n'ont pas fait défaut : sérum artificiel pendant et après l'opération, etc...

Les jours suivants, amélioration de la malade ; le pouls se relève, l'asthénie est moins marquée. Du 2 au 8 juin, une broncho-pneumonie se déclare ; elle suit régulièrement son cours, sans compromettre les résultats opératoires.

10 juin. — Malade en bonne voie de guérison.

21 juin. — La femme est en excellent état.

28 juin. — Exeat par guérison.

Observation VI

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Platon)

Avortement d'un mois et demi. — Grossesse tubaire ultérieure à peu de jours de distance. — Rupture subite du kyste fœtal avec inondation péritonéale. — Laparotomie pour diagnostic d'hématocèle rompue. — Guérison.

B. A..., italienne de 25 ans, domestique, entrée en gynécologie le 1er février 1909 ; sortie le 23 mars 1909.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 14 ans.

Réglée régulièrement à 15 ans, sans douleurs ; les règles sont abondantes et durent cinq ou six jours. Pas de pertes blanches.

La malade a eu deux enfants, tous deux à terme et bien portants ; les suites de couches ont été normales. Bonne santé antérieure.

Le 5 janvier, la femme, qui n'avait plus vu ses époques depuis un mois et demi, avorte sans cause ; les suites

de cet avortement furent bénignes et suivies seulement de quelques légères pertes roses.

La femme reprend bientôt les rapports conjugaux.

Dans les derniers jours de janvier, la malade ressentit quelques douleurs vagues dans le bas-ventre, suivies de pertes sanguines légères, s'accompagnant d'un peu de fièvre.

Brusquement, le 31 janvier, au coucher, la femme ressent une douleur déchirante dans le bas-ventre et s'évanouit. Ranimée par des injections d'éther, etc., elle est transportée dans un état alarmant à l'hôpital.

Pâle, les traits tirés, les extrémités froides, la malade présente les symptômes d'une hémorragie interne grave. Le pouls est petit, presque incomptable.

Pas de température.

Le ventre, tendu, présente une contraction de défense qui gêne en grande partie l'exploration. Le palper, pratiqué avec beaucoup de douceur, car la douleur est très vive, exacerbée à la moindre pression, surtout dans la fosse iliaque gauche, ne permet pas de délimiter une tumeur en cette région.

Le toucher fait reconnaître que le col est ramolli, l'utérus assez gros, peu mobile. Dans le cul-de-sac latéral gauche, bombe et résiste sous le doigt une tuméfaction qui s'enfonce dans le petit bassin. Le cul-de-sac postérieur est empâté. Du sang sourd lentement de l'utérus.

Le diagnostic d'hématocèle rompue est porté, mais, vu l'avortement si récent, on ne songe pas à la rupture d'une grossesse tubaire.

Laparotomie. Inondation péritonéale, rupture de la trompe gauche, qui contient un kyste fœtal en formation; le kyste s'est rompu au point de plus faible épaisseur de sa paroi.

Forcipressure avec deux clamps pour arrêter net l'hémorragie ; excision facile de la trompe, suture du pédicule pour remplacer les pinces, toilette du péritoine, etc..., furent les stades sans incidents de l'opération.

Les suites furent bonnes ; la malade guérit rapidement.

Observation VII

(Inédite)

(Service de Gynécologie de M. le Docteur Platon)

Rupture de la trompe gauche. — Inondation péritonéale. — Mort subite dans une G. extra-utérine.

B. M..., femme de 33 ans, reçue à la clinique le 18 octobre au soir.

Son état paraît extrêmement grave. Un interrogatoire sommaire est fait. La malade dit être enceinte de deux mois et avoir avorté spontanément le 15 octobre.

Chez elles, plusieurs hémorragies se sont produites ; lors de sa réception, elle perd peu, mais le pouls est petit, rapide, le faciès très pâle, les extrémités froides. La température axillaire, à son arrivée, est de 35°6.

La malade est traitée par l'injection de sérum artificiel (500 grammes), des piqûres de caféine, etc. On la réchauffe par des bouillottes et on prescrit une potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque.

Le ventre est douloureux, tendu ; on applique, en conséquence, des vessies de glace.

Le 19 octobre, l'état général s'est un peu amélioré ; la température est de 36 degrés. Sous chloroforme, on soumet la malade à un curettage de la cavité utérine, qui ramène des débris placentaires ; puis, écouvillonnage à la créosote.

Le soir, température 37°8.

Le 20 octobre et les jours suivants, l'état général s'améliore, la température oscille autour de 37°5. Du côté utérin, on ne constate plus d'écoulement.

A partir du 25 octobre, de nouveau la malade se plaint du ventre, douloureux, surtout dans le flanc gauche, la fièvre atteint 39°5. Tous les deux jours, on purge légèrement la malade avec 20 grammes d'huile de ricin, pour assurer le fonctionnement de l'intestin.

Le 27 octobre, la température s'abaisse à 37 degrés, mais remonte le 28 pour osciller de nouveau autour de 38 degrés.

L'abdomen est dur, douloureux, surtout à gauche. Le toucher ne permet pas de sentir de tuméfaction fluctuante dans les culs-de-sac ; toutefois, on peut mobiliser, dans le cul-de-sac gauche, une masse résistante, que l'on sent également par le palper, à gauche.

Le jours suivants, la température fait de longues oscillations entre 38 et 39 degrés.

L'abdomen, mat à la percussion, sauf sur la ligne médiane, présente une contracture de défense. La vessie est soigneusement cathétérisée, pour éviter toute cause d'erreur.

Dans les premiers jours de novembre, les signes de tumeur abdominale dure s'accusent davantage. L'état général demeure néanmoins assez bon. Pas de vomissements. La température se maintient entre 38°5 et 39 degrés.

Le 13 novembre, brusquement, la malade ressent une douleur indicible, appelle la surveillante du pavillon, et meurt subitement, avec des phénomènes de suffocation, pouls petit, rapide. Syncope.

Diagnostic anatomique. — Grossesse extra-utérine rompue avec hémorragie interne foudroyante.

Observation VIII

(Inédite)

(Service de M. le Docteur Platon)

Rupture de la trompe droite dans une grossesse tubaire. — Inondation péritonéale. — Opération in extremis. — Sérum intraveineux. — Guérison.

B. M..., femme de 27 ans, ménagère ; bonne santé habituelle. Réglée à dix-huit ans et toujours régulièrement ; mariée à 21 ans ; deux accouchements à terme ; enfants vivants et bien portants.

Il y a trois mois, en août 1908, disparition des règles, jusque-là régulières, sans altération de l'état général : grossesse probable.

Vers le 15 octobre, douleurs sourdes, que la malade compare à des coliques, douleurs localisées à la fosse iliaque droite. En même temps, les règles (ou ce que la malade prend pour ses règles) reparaissent, pour aboutir, en quelques jours, à des hémorragies presque quotidiennes. Les douleurs, ressenties toujours au même niveau, deviennent de plus en plus vives. L'état général décline rapidement ; alors seulement, un médecin, consulté, décide la malade à entrer à l'hôpital.

Examen. — A son entrée, cette femme est exsangue, le faciès tiré, la respiration superficielle, le pouls à 140, à peine perceptible.

L'abdomen est volumineux, tendu, douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque droite ; par la palpation bimanuelle, on perçoit une tuméfaction du volume d'une mandarine, siégeant au niveau de la trompe droite ; elle est dure, mobile, lisse et douloureuse. L'utérus est un peu gros, mobile, indolore ; les annexes du côté gauche paraissent saines.

En conséquence, le diagnostic de rupture probable de grossesse ectopique est porté ; en tous cas, les signes d'hémorragie interne ne sont pas douteux.

Etant donné l'état absolument précaire de la malade (et aussi le manque d'outillage d'urgence), on décide de surseoir à l'intervention immédiate. Application de glace sur le ventre, sérum artificiel chaud, caféïne et nucléinate de soude en injections hypodermiques.

L'après-midi, l'état est stationnaire ; le pouls à 140, un peu moins faible.

Opération. — Le lendemain, aucune amélioration spontanée n'étant à espérer, M. le docteur Platon pratique une laparotomie sous-ombilicale médiane.

A l'ouverture du péritoine, on constate une hémorragie en nappe avec de nombreux caillots dans le petit bassin ; assèchement rapide, pour très vite atteindre la partie moyenne de la trompe droite rompue, point de départ de l'hémorragie. En toute hâte (pouls incomptable, intermittences respiratoires, dilatation pupillaire), une double ligature est posée sur le pédicule, la tumeur excisée, et, sans s'arrêter à une toilette complète du péritoine, la paroi est suturée par quatre points au fil d'argent, laissant seulement le passage à de gros drains qui plongent dans le Douglas principalement. A chaque instant on s'attend à voir la respiration s'arrêter définitivement et, par tous les moyens, on continue à ranimer la malade (piqûres d'éther, huile camphrée, caféine, sérum artificiel en masse, près de deux litres dans la soirée, boules d'eau chaude, etc.).

Le soir, le pouls est plutôt meilleur qu'avant l'opération ; il bat à 140. L'état général est toujours inquiétant. Le ventre est, toutefois, un peu moins douloureux. Température : 39 degrés.

Suites opératoires. — Vingt-quatre heures après l'intervention, la malade est plus éveillée, moins pâle et ne souffre plus. Le pouls est moins rapide, mieux frappé; la température est descendue à 38 degrés. Contre toute attente, c'est le retour à la vie.

Pansement le surlendemain : ablation d'une mèche de gaze abdominale ; aspiration par les drains d'une petite quantité de liquide teinté de sang. Pas de suppuration. La température oscille entre 37°5 et 38°5. Aucune réaction péritonéale ; paroi abdominale souple.

Les jours suivants, l'état général continue à s'améliorer. Les drains abdominaux ne ramenant plus rien par aspiration, sont enlevés le septième jour et les points de suture le douzième jour. Réunion *per primam.* Depuis (16 décembre), la température est définitivement tombée; la malade s'alimente bien et, à part une escarre sacrée en bonne voie et un peu de tachycardie, on peut la considérer comme guérie.

Observation IX

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Piéri, Chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille).

Crises douloureuses rapportées à une hernie ombilicale. La palpation et le toucher font reconnaître une tumeur abdominale gauche diagnostiquée kyste intra-ligamentaire ou grossesse ectopique. — Syncope avec symptômes d'hémorragie interne ; diagnostic G. extra-utérine. — Laparotomie : grossesse tubaire droite rompue avec inondation péritonéale. — Fœtus de quatre mois expulsé du kyste fœtal. — Ablation en masse de la trompe droite. — Drainage. — Apparition d'un ictère avec fièvre de résorption. — Guérison.

C. P..., ménagère, 38 ans.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Toujours bien réglée, cette femme a eu, à terme, quatre enfants, dont trois sont morts de maladies diverses.

Historique. — La malade a eu ses règles pour la dernière fois le 5 avril 1908 ; elle continue ses occupations.

Le 14 juin 1908, les règles font leur apparition sans douleurs, sans caillots, sans odeur, et elles durent 25 jours, assez abondantes.

Le 10 juillet, la malade est prise de douleurs abdominales légères ; le médecin, appelé, constate une hernie ombilicale et rapporte ces malaises à l'engouement de la hernie. Glace sur le ventre. Néanmoins, l'abdomen reste toujours douloureux, sans vomissements. Pas de température, ni syncope. Selles toujours régulières. Mictions normales.

Le 20 juillet, M. le docteur Piéri est appelé et se trouve en présence d'une femme de fort embonpoint, d'aspect robuste, un peu pâle. Pouls à 90 ; fièvre légère.

Palpation de l'abdomen. — Parois graisseuses gênant un peu l'exploration. Au niveau de l'ombilic, tumeur du volume d'une grosse noisette, sans impulsion à la toux. La malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Au palper, on sent en cette région une tumeur abdominale plus volumineuse dans la fosse iliaque gauche, mais s'étendant à droite, en longeant le pubis. Cette tumeur est dure, à contours diffus, peu douloureuse en somme.

Toucher vaginal. — Col remonté derrière la symphyse, peu mobile ; les culs-de-sac sont libres et indolores. La lèvre antérieure du col est un peu ramollie. La malade n'a eu aucun des phénomènes sympathiques de la grossesse, et cependant s'est crue enceinte.

Diagnostic. — Kyste intraligamentaire ou grossesse ectopique.

La femme est transportée à la clinique le 22 juillet.

Le 23 au soir, après avoir subi la toilette pour l'opération du lendemain, la malade est prise d'une syncope, sans avoir ressenti toutefois une violente douleur abdominale. On la ranime et soutient par des injections d'éther, de caféine et sérum artificiel.

Le diagnostic de grossesse ectopique s'impose alors.

24 juillet 1908. — Laparotomie médiane. Le ventre est inondé de caillots sanguins nombreux et de sang liquide. La main, portée dans la fosse iliaque droite, ne ramène que des caillots, mais en revenant sur la ligne médiane, l'opérateur retire un fœtus de quatre mois. La trompe droite est largement rompue et saigne.

On pince au niveau de la corne utérine droite et sur le pédicule ovarien.

La trompe et le placenta sont rapidement enlevés en masse. Ligature des pédicules au catgut.

Le moignon de la corne utérine est cautérisé au thermocautère, puis le catgut de la suture de la corne est solidarisé avec celui du pédicule ovarien. Nettoyage rapide du petit bassin avec des compresses sèches. On place un gros drain en caoutchouc et des mèches de gaze dans la fosse iliaque droite.

Suture de la paroi à un plan au fil d'argent.

Durée : une heure. Sérum : 500 grammes.

Le soir, température 38 degrés. Pouls, 140. Respiration à 32.

25 juillet. — Faciès bon ; pas de vomissements. Température, 38°2. Pouls, 104. Respiration, 30. Le soir, émission spontanée de gaz.

26 juillet. — Etat général bon. La température se maintient à 38 degrés et le pouls à 100. Pas de dyspnée.

27 juillet. — Apparition d'un ictère conjonctival et cutané. Le soir, température 38°7. Pouls, 120.

Une purgation au calomel amène des selles copieuses.

Le 28, pansement. On retire les gazes ; il n'y a ni rougeur, ni suppuration de la paroi.

Les jours suivants, l'ictère s'accentue ; la température se maintient aux environs de 38 degrés ; le pouls, entre 90 et 100. On administre du salicylate de soude.

L'aspiration par le drain donne de la sérosité sanguinolente d'odeur fétide.

2 août. — L'ictère disparaît ; la température se maintient toujours aux environs de 38 degrés. C'est une fièvre de résorption ; l'ictère a été vraisemblablement hémaphéique.

Au quinzième jour, les fils sont enlevés ; réunion par première intention. La température tombe. Le drain est laissé en place jusqu'au vingt-cinquième jour, puis remplacé par un autre plus petit.

A la fin d'août, le trajet est complètement fermé ; la malade se lève et ne souffre en rien. L'opérée reprend peu après ses occupations et, depuis, se porte très bien.

Observation X

(Inédite)

(Clinique Gynécologique de M. le Docteur Platon)

Grossesse tubaire droite rompue. — Inondation péritonéale. — Opération. — Guérison.

E. B..., femme de 26 ans, ménagère, entrée à la clinique le 28 février 1909.

La malade a été réglée à 18 ans seulement. Pendant les règles, qui durent six jours et même dans les deux jours qui les précèdent, la malade souffre de fortes coli-

ques et de douleurs des reins.

Pertes blanches abondantes, surtout pendant les grossesses. Premier accouchement il y a 19 mois, d'un enfant mort. Pendant toute cette grossesse, la femme a eu des vomissements. Deuxième accouchement remontant à quelques mois d'un enfant prématuré. La femme allaite son nourrisson ; chaque mois, cependant, elle a ses règles.

Le 9 février, aménorrhée, contrairement à l'attente des époques.

Le 24 février, à quatre heures de l'après-midi, la malade est prise subitement de douleurs abdominales violentes, avec irradiation lombaire. La femme se couche immédiatement, souffre toute la nuit. Aucune métrorrhagie.

Le 26, l'état s'étant légèrement amélioré, la malade se lève pour allumer du feu, et, en faisant un effort, ressent une douleur atroce dans le bas-ventre et perd à demi connaissance. Couchée, la malade claque des dents et crie toute la nuit. Vomissements, sueurs profuses, frissons.

Le médecin, appelé le samedi 27, dans la nuit, trouve, le dimanche matin, la malade avec des phénomènes syncopaux et les extrémités froides. A ce moment, pour la première fois, s'écoule par la vulve un liquide fétide, chocolaté. A midi, la patiente est transportée à l'hôpital ; dès son arrivée, on lui fait une injection de caféine et 500 grammes de sérum artificiel.

A trois heures, laparotomie *in extremis*. Sitôt le péritoine incisé, on tombe sur de très volumineux caillots mous, remplissant le petit bassin et remontant jusqu'au niveau des anses intestinales. Vite, à pleines mains, on évacue les caillots. L'opérateur atteint aussitôt, derrière l'utérus, le foyer hémorragique. C'est la trompe droite, qui, rompue, saigne à flots. Rapidement, des clamps sont placés pour arrêter l'hémorragie ; on enlève en masse le kyste tubaire rompu, puis les clamps sont remplacés par

des ligatures très soignées ; l'hémostase est laborieuse ; pendant très longtemps, un suintement sanguin continue au niveau du pédicule.

Si l'opération s'achève sans difficulté, l'état général de la malade, par contre, est des plus alarmants : pâleur livide du visage, marbrures violacées sur les membres, dont les extrémités sont froides, comme le nez et l'haleine. Par tous les moyens possibles, on s'efforce de ranimer l'opérée, qui est littéralement ressuscitée par une injection copieuse de sérum intra-veineux.

Dès lors, la malade est sauvée ; après quelques oscillations de la température, dans les premiers jours les progrès vers la guérison s'affirment et la malade quitte l'hôpital le 11 avril, entièrement rétablie.

Observation XI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Barberis, interne des Hôpitaux, service de gynécologie de M. le docteur Platon.

Résumé : Syphilis. — Retard de règles. — Métrorragies. — Tumeur annexielle droite.— Expulsion de caduque — Issue de colostrum.— Douleur brusque et intense avec phénomènes péritonitiques. — Diagnostic : Rupture d'une grossesse ectopique dans la trompe droite.— Laparotomie dans les 24 heures. — Inondation péritonéale. — Rupture du kyste fœtal. — Semis de granulations tuberculeuses généralisées dans la cavité abdominale.— Ablation de la trompe droite. — Amélioration d'abord. — Mort subite.

R..., ménagère, 30 ans ; entrée dans le service le 25 novembre 1909. Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires.

Réglée de bonne heure et assez normalement. Soignée pour syphilis depuis plusieurs mois.

En octobre, la malade n'a pas vu ses règles ; à dater du 10 novembre, des métrorragies fatiguent la femme ;

un suintement sanguin presque continuel la décide à consulter M. le docteur Platon, qui pense à une grossesse avec hémorragies du début de la gestation et la fait admettre dans son service. Mise au repos, la malade ne souffre pas au début. Pas de température ; le suintement sanguin persiste toujours.

Au toucher, col gros, légèrement ramolli ; l'utérus est assez volumineux. De plus, dans le cul-de-sac droit existe une petite tumeur, douloureuse à la pression, qui repousse l'utérus à gauche. Cette tumeur, indépendante de l'utérus, n'est perçue que quelques jours après l'arrivée de la malade.

Diagnostic. — Salpingite ou grossesse extra-utérine.

Vers le 30 novembre, on remarque, au milieu des caillots expulsés, des fragments de caduque. En même temps, se produit une congestion des seins avec issue de colostrum. En présence de tous ces symptômes, le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé. L'opération immédiate n'est pourtant pas décidée ; on reste dans l'expectation armée.

Pour nettoyer l'utérus, on fait la dilatation avec des laminaires, tige numéro 7, le 1er décembre ; la cavité utérine est profonde ; la tige s'y enfonce facilement tout entière.

Tige numéro 9, le 2 décembre.

Numéro 11, le 3 décembre. L'interne de la clinique, M. Barberis, place la tige vers dix heures du matin, sans difficulté, ni douleurs.

Brusquement, à une heure après midi, la malade ressent une très violente douleur abdominale, et, pour la première fois depuis son entrée à l'hôpital, présente un peu de fièvre (38 degrés).

Le ventre est très douloureux ; il y a de la contracture

et de l'hypéresthésie cutanée, surtout à droite. La tige de laminaire est enlevée et l'on applique de la glace largement sur le ventre. Le pouls est assez bon (100) et bien frappé. L'abdomen n'est pas distendu, mais la malade a des nausées et des vomissements. Le soir, ces phénomènes s'amendent quelque peu.

Le lendemain, 4 décembre, état stationnaire ; on discute sur l'opportunité d'une opération ; la rupture du kyste fœtal paraît probable, d'après les symptômes observés la veille. L'opération est fixée pour le lendemain matin, sauf aggravation. Injection de 1 cc. de solution au 1/10 de nucléinate de soude.

L'après-midi, état stationnaire ; on fait un litre de sérum dans la journée ; toutes les trois heures, piqûres alternées d'huile camphrée, spartéine et strychnine. Le pouls s'accélère le soir jusqu'à 160 ; tendance au refroidissement des extrémités ; cependant, sous l'influence des piqûres et du sérum, le pouls se relève.

Opération le dimanche 5 décembre 1909, à huit heures du matin.

Asepsie de la paroi à la teinture d'iode. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, s'écoule une grande quantité de sang non coagulé, de couleur chocolat (donc, commencement de suppuration). L'intestin étant protégé par des compresses et la cavité abdominale asséchée, on trouve la trompe droite, du volume d'une poire de moyenne grosseur ; elle est entourée de caillots, surtout en arrière, point où paraît siéger la solution de continuité. On constate que le côlon ilio-pelvien, le péritoine pelvien, l'utérus et surtout la trompe gauche, sont farcis de granulations d'origine très probablement tuberculeuse.

Ablation de la trompe droite, entre deux pinces lon-

gues. Ligature des deux pédicules et de l'artère uté.o-ovarienne. Enfouissement des pédicules ; sous-péritonisation complète pour assurer le drainage.

Drainage par une gaze à la Mickulicz ; l'hémostase est complète. Suture de la paroi en deux plans au fil d'argent.

Durée de l'opération minime. Après l'opération, l'état de la malade paraît satisfaisant. Le pouls bat à 120 environ, bien frappé.

Sérum, piqûres d'huile camphrée, spartéine, etc.

Le soir, le pouls s'accélère à 170. Décès à une heure du matin.

Observation XII

(Inédite)

Les cinq observations suivantes relevées dans le service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu d'Orléans sont dues à l'amabilité de M. Zwiern, interne de médecine des hôpitaux de Marseille.

Phénomènes péritonitiques. — Métr.rragie. — Laparotomie. — Grossesse pavillonnaire de la trompe gauche. — Ablation des annexes gauches. — Guérison.

G..., 37 ans. Entrée le 7 mars 1907, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Sortie le 30 avril 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort de néoplasme de l'estomac.

Antécédents personnels. — Fluxion de poitrine à douze ans, et une autre encore à dix-huit ans, s'étant accompagnée d'une hémoptysie.

Réglée à onze ans, régulièrement. Ses règles durent quatre à cinq jours, sont abondantes et la font souffrir deux ou trois jours avant leur apparition.

Une grossesse à terme il y a dix-sept ans. Pas d'avortement.

La malade a eu ses dernières règles normales le 11 oc-

tobre 1906. Le 1er décembre 1906, elle a une légère perte de sang. Pendant cet intervalle, la malade a des malaises fréquents, des frissons, quelquefois de la fièvre, ce qui l'a obligée à garder souvent le lit. En même temps que ces phénomènes, son ventre grossit et devient douloureux.

La malade a quelques vomissements, est très constipée et doit garder le lit.

On traite la femme pour péritonite.

Le ventre reste gros jusqu'au commencement de janvier 1907, quand il diminue de volume rapidement. Mais cette diminution n'est que passagère, car, trois jours après, il redevient gros et reste dans cet état pendant cinq semaines, ce qui nous amène vers le 15 janvier.

A ce moment, le ventre diminue et la malade remarque pour la première fois une tumeur dure siégeant au-dessus du pubis.

Dans les premiers jours de février 1907, survient une métrorrhagie très abondante, qui dure huit jours, puis s'arrête. Trois jours après cet arrêt, le sang reparaît, d'abord en petite quantité, et ensuite abondamment, de telle sorte qu'à la fin de février son médecin pratique un tamponnement vaginal.

A la fin de ces métrorragies, la malade a eu des pertes blanches. Depuis deux mois, la malade n'a pas quitté le lit. Elle a eu encore quelques vomissements, il y a quatre semaines.

Etat actuel. — Malade assez vigoureuse, état général plutôt satisfaisant. Elle se plaint de légères douleurs dans le ventre. L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic. Son fond est étalé, occupe la ligne médiane et une partie des fosses iliaques droite et gauche.

Au toucher, col ramolli. Sur la paroi postérieure de l'utérus, on sent une tumeur dure, qui remonte assez haut

sur la face postérieure de l'utérus, autant qu'on peut en juger. La face antérieure de l'utérus est molle. Le cul-de-sac latéral gauche est occupé par la tumeur utérine. Rien dans le cul-de-sac latéral droit.

Les seins, pas très volumineux, contiennent du colostrum. A l'auscultation de l'utérus, on n'entend pas les bruits du cœur fœtal.

Rien aux poumons, au cœur, ni dans les urines.

20 mars 1907. — Etat stationnaire. L'utérus n'augmente pas de volume ; il n'est plus douloureux. Pas de pertes.

8 avril 1907. — Opération. A l'ouverture de l'abdomen, on rencontre l'épiploon, qui s'étend au-devant des anses intestinales jusqu'à l'utérus où il adhère. En le soulevant, on voit un œuf fœtal mince, gros comme les 2 poings, sur lequel l'appendice cœcal est adhérent. On pratique l'appendicectomie. Dégageant alors l'œuf fœtal, on s'aperçoit qu'il est recouvert par la trompe dans sa partie la plus proche de l'ovaire. Nous avons affaire à une grossesse pavillonnaire de la trompe gauche.

L'utérus et les annexes droites sont refoulées à droite de la ligne médiane et sont normaux. L'utérus n'est pas fibromateux.

L'œuf est formé par une poche mince, contenant un fœtus mort de trois mois et demi à quatre mois, de sexe masculin, légèrement déformé.

Le placenta, énorme, a la forme sphérique.

On pratique l'ablation de l'œuf et de l'ovaire gauche. On place un Mickulicz et un drain dans le Douglas.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Observation XIII

Crises péritonitiques. — Métrorragies. — Laparotomie. — Grossesse tubo-ovarienne droite en voie d'avortement. — Ablation. — Guérison.

D..., ménagère, 35 ans. Entrée le 18 décembre 1907 à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Réglée depuis l'âge de 13 ans et régulièrement. Pertes blanches assez abondantes tachant le linge en jaune. A eu deux enfants à terme et bien portants. Les suites de couches ont été normales.

Malade depuis deux mois. Elle a pris froid au moment des règles, qui aussitôt se sont arrêtées. La femme a dû garder le lit pendant quinze jours. Elle présentait des douleurs très vives dans le bas-ventre. Ces douleurs revenaient par crises, spontanément, même pendant le repos au lit. Vomissements alimentaires et bilieux au moment de ces crises.

Etat actuel, 7 janvier 1908 :

Les règles sont revenues depuis seize jours ; elles continuent depuis, abondamment, avec parfois des intermittences d'une demi-journée. La malade éprouve, de temps en temps, des élancements dans le bas-ventre.

Douleurs à la miction, dont la fréquence n'est pas augmentée.

Pas de douleurs à la défécation. La malade n'a vomi qu'une fois depuis son entrée dans le service.

La palpation est douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite.

Col ramolli. Le corps utérin est augmenté de volume ;

il remonte à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse.

A droite, on sent une grosseur comme le poing, mobile, qui entraîne en partie le corps utérin dévié à droite.

Cavité utérine : 9 cent. 1/2.

11 janvier 1908. — Introduction d'une tige de laminaire.

19 janvier. — Opération. Grossesse tubo-ovarienne droite en voie d'avortement. La tumeur excisée a la grosseur du poing. Le fœtus a une longueur de deux centimètres environ. Le placenta est déjà formé.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Observation XIV

Retard des règles. — Métrorragies. — Crises douloureuses répétées. — Laparotomie. — Grossesse tubaire gauche probable. — Ablation des annexes gauches. — Guérison.

L..., femme de 32 ans, entrée le 22 février 1907 à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Sortie le 26 avril 1907.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée régulièrement à 15 ans. Les règles durent quatre jours et sont douloureuses dans les premiers jours. Elle a eu neuf grossesses à terme ; pas d'avortement. Le dernier accouchement date du 15 août 1905. Jamais les suites de couches ne furent pathologiques.

Après le sixième accouchement, la malade a eu des pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles. Dans les trois dernières grossesses, la malade a des pertes de sang abondantes durant les quatre premiers mois de la

grossesse. Ensuite, les métrorrhagies se calment et les grossesses se terminent normalement.

Le retour de couches de son dernier accouchement s'est fait au mois d'août 1906. La femme a vu ses règles habituelles le 6 décembre 1906 pour la dernière fois.

Le 28 janvier 1907, la malade, à l'époque de ses règles, ne voit que quelques gouttes de sang.

Le 18 février 1907, elle est prise d'une perte de sang ressemblant à ses règles normales. Cette perte, peu abondante, continue à son entrée à l'hôpital.

Depuis quatre semaines, la malade a été prise cinq fois de douleurs brusques et violentes dans le bas-ventre, avec irradiation dans la région lombaire, les deux épaules et l'aine gauche.

La malade compare ces douleurs à des coups de lance.

Ces crises douloureuses durent quinze heures en moyenne, et c'est justement pour une de ces crises, qui a débuté le 20 février 1907 au soir, qu'elle entre, salle Froberville, le 21 du même mois.

La malade est pâle, asthénique, les traits tirés. Le pouls et la température sont normales.

Elle souffre beaucoup du bas-ventre, notamment quand on essaie de l'examiner. La contracture des muscles de l'abdomen empêche de faire un examen complet. On peut toutefois constater un utérus gros et un col utérin fermé.

Un lavement avec XX gouttes de laudanum et 1 gramme d'antipyrine, calme ces douleurs, ce qui permet de faire un examen plus aisé le 22 février 1907.

Au toucher vaginal, on trouve un utérus gros, le col dur. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une petite tumeur rénitente et douloureuse.

La malade dit ne pas éprouver ces troubles sympathi-

ques qui l'ont toujours avertie d'une grossesse tout à fait au début.

17 mars. — La malade attend ses règles. Elle souffre beaucoup dans le côté gauche du ventre.

20 mars. — La malade a une perte de sang insignifiante.

3 avril 1907. — Opération : à l'ouverture du ventre, on trouve la trompe gauche énorme. L'ovaire est gros et kystique. On enlève avec tout le soin voulu les annexes gauches. La trompe dilatée contient un gros caillot de sang organisé. Macroscopiquement, on ne peut distinguer dans la trompe, ni fœtus, ni œuf fœtal.

L'utérus est gros, les annexes droites normales sont laissées en place.

On pratique l'appendicectomie. Suites opératoires bonnes. Guérison.

Observation XV

Arrêt des règles. — Début par une violente douleur. — Laparotomie. — Inondation intra-kystique dans une grossesse tubaire droite. — Ablation des annexes. — Drainage. — Guérison.

V..., ménagère, 38 ans. Entrée le 22 octobre 1908, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Sortie le 1er janvier 1909.

Le début de la maladie remonte à vingt jours et s'est caractérisé par de vives douleurs lombaires et un arrêt brusque des règles. Quelques jours après, la malade est prise de douleurs dans la fosse iliaque droite. Au mois de septembre 1908, la malade n'avait pas eu ses règles.

Réglée à onze ans, régulièrement, jusqu'au mois d'août 1908 inclusivement. Trois grossesses à terme ; les deux premières avec intervention au forceps, les enfants sont

morts-nés. La troisième grossesse fut normale et remonte à cinq ans.

Pas d'antécédents pathologiques personnels, ni héréditaires. L'examen ne montre rien de particulier du côté de l'abdomen, sauf un peu de douleur dans la fosse iliaque droite.

Au toucher, col ramolli, utérus un peu gros.

Le cul-de-sac postérieur est effacé et bombe dans le vagin. Etat général bon, urines normales.

2 novembre 1908. — Brusquement, pendant la nuit, la malade a été prise de violentes douleurs et a perdu beaucoup de sang. Pas de réaction péritonéale.

3 novembre. — Règles normales, mais douloureuses.

25 novembre. — L'état général est très bon. Au toucher, on trouve une grosseur semi-résistante dans les culs-de sac postérieur et droit. L'utérus présente une grosseur qui donne l'impression d'un fibrome.

28 novembre. — Opération : laparotomie médiane. On aperçoit une grosse poche en arrière de l'utérus. Ouverte, cette poche donne issue à de nombreux caillots. Elle adhère à tous les organes du petit bassin, et la dissection en est laborieuse.

Elle se prolonge en arrière de l'utérus jusqu'au fond du Douglas. On arrive enfin, par lambeaux, à l'extirpation tout entière. La trompe gauche ne paraissant pas saine, on l'enlève en laissant l'ovaire. Les annexes droites sont aussi enlevées. Drainage.

Suites opératoires normales.

Observation XVI

Retard de règles. — Crises douloureuses. — Mauvais état général. — Grossesse tubaire gauche de trois mois et demi. — Inondation péritonéale. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

D..., femme de 32 ans, lingère. Entrée le 23 août 1909, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un épithélioma de la langue.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, très régulièrement. Règles un peu douloureuses ; durée moyenne, quatre jours. Jamais de pertes blanches avant l'année dernière.

Mariée à 27 ans ; mari robuste ; légers accès de paludisme.

Un enfant mort à six mois d'entérite.

Deuxième enfant de quatre ans, très bien portant.

Depuis juillet 1908, les règles furent moins régulières. En décembre, elles retardent de 13 jours.

Le 13 mai, elles avancèrent de deux jours, puis ne reparurent plus avant le 18 juillet.

Le 14 juillet, première crise de douleurs très vives dans le ventre, à tel point que la femme demeure plusieurs heures dans un état syncopal, puis le calme revient.

Le 18 juillet, la malade perd du sang et des sérosités.

Le 17 août, nouvelle crise, moins forte que celle de juillet. Les règles n'ont pas reparu.

21 août. — Troisième crise de douleurs, moins accentuée.

27 août. — Laparotomie. L'état général devenant de jour en jour plus mauvais et les symptômes locaux (ventre tendu, douloureux avec tumeur à gauche) s'aggravant, l'intervention est décidée.

On retire de la cavité péritonéale un fœtus d'environ trois mois et demi. Entre les anses intestinales, on enlève une bonne quantité de sang écoulé.

Les annexes du côté gauche saignent abondamment. Celles de droite sont le siège d'une hémorragie moins abondante. Hystérectomie subtotale. Drainage.

Septembre 1909. — Vers le 15 de ce mois, la malade a de la température ; on remplace le drain, et une baisse se produit aussitôt. A la fin du mois, la température remonte encore et l'on constate une grosse collection suppurée dans le Douglas ; on l'évacue par colpotomie ; la température baisse les jours suivants.

La guérison ne se fit pas trop longtemps attendre.

Observation XVII

(Inédite)

Clinique de gynécologie de M. le docteur Platon

Grossesse extra-utérine gauche rompue. — Hématocèle rétro-utérine. — Evacuation par l'intestin. — Guérison.

M. B..., 40 ans, ménagère, entrée à la clinique de gynécologie le 3 octobre 1907.

Pas d'antécédents héréditaires dignes d'attirer l'attention ; pas d'antécédents personnels pathologiques. Cette femme a eu quatre grossesses normales, dont la première remonte à l'âge de 18 ans. Il y a un an et demi, elle eut un avortement de trois mois, provoqué par une chute violente.

Au mois de juin 1907, les règles, jusque-là normales, sont suspendues et la malade commence une cinquième grossesse. Cependant, la menstruation ne disparut pas d'une façon absolue et, de temps en temps, la femme « voyait » quelques filets de sang.

Au mois de septembre, son ventre devint quelque peu douloureux, puis, tout d'un coup, elle eut une hémorragie.

On diagnostiqua un avortement et la malade fut mise au repos absolu.

Le 25 septembre, la femme fut prise soudain d'un malaise aves sueurs froides, pâleur de la face, douleurs abdominales vives, sensation d'angoisse.

Huit jours après, la malade entre à l'hôpital, avec un état général très mauvais : face jaune sale, traits tirés, pouls misérable à 120. L'abdomen est ballonné, douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche.

Au palper, on sent une tuméfaction assez volumineuse, para-utérine du côté gauche. Au toucher, les culs-de-sac postérieur et latéral gauche bombent nettement dans le vagin. La température axillaire atteint 38°3. L'état de la malade était si précaire que toute intervention à ce moment fut jugée dangereuse. On appliqua sur le ventre une large vessie de glace, on injecta 500 cc. de sérum et une piqûre de caféine fut faite. Repos absolu et injections vaginales.

Le lendemain, 4 octobre, état général meilleur ; même traitement.

Le 5 octobre, amélioration manifeste. Pouls à 80. Température, 37°5.

7 octobre. — Etat satisfaisant ; abdomen indolore ; les phénomènes locaux diminuent mais sont toujours très nets.

8 octobre. — La température descend à 37 degrés ; la malade commence à s'alimenter : état général très bon.

Le 10 octobre, vers neuf heures du matin, la malade est prise subitement d'une douleur atroce dans le bas-

ventre. Son visage est angoissé, sueurs froides ; la patiente, très effrayée, croit à une rechute.

Quelques instants après, elle éprouve un vif besoin d'aller à la selle. Les matières expulsées sont noirâtres et exhalent une odeur fétide.

Après cette évacuation, le calme revient rapidement ; les signes locaux ont extrêmement diminué à la suite de la selle.

Le 15 novembre, la malade, en excellente voie, sort, sur sa demande, malgré l'avis contraire du chef de service.

Observation XVIII

(Inédite)

(Service de M. le Docteur Platon)

Métrorragies par crises avec symptômes péritonéaux. — Laparotomie. — Grossesse tubaire gauche.

G. N..., femme de 22 ans, tailleuse, reçue le 14 mai 1908.

Antécédents personnels. — Coqueluche, rougeole dans l'enfance ; bronchites à répétition. Quelques hémoptysies depuis deux ans. Constipation rebelle. Femme d'aspect chétif. Menstruation régulière sans douleurs ; les règles, d'abondance moyenne, duraient quatre jours. Elle a toujours eu des pertes blanches. Deux grossesses : premier accouchement à terme, à 18 ans, d'un gros enfant, mort peu après de convulsions ; deuxième accouchement à terme, à 20 ans, d'un gros enfant, mort également de convulsions et coqueluche.

Les suites de couches, après les deux accouchements, furent bonnes.

Le 14 avril 1908, à l'époque des règles, survint une métrorrhagie qui dura huit jours. Le côté droit de l'abdo-

men devient alors douloureux. La femme ressent dans le bas-ventre des élancements et a la sensation « que son utérus tombe ».

Cette douleur, accompagnée de nausées, de vomissements bilieux, légèrement porracés, sans fièvre toutefois, cède au bout de vingt jours, laissant la malade amaigrie, sans forces, ni appétit. Pendant trois jours, elle se sent mieux.

Après une station prolongée sur une terrasse, la malade se refroidit et, dès lors, nouvelles crises de douleurs à caractère lancinant et intermittent, dans le bas-ventre, avec vomissements alimentaires et muqueux. Anorexie complète ; pas de fièvre.

Cet ensemble de symptômes va s'aggravant et fait décider le transport dans le service de gynécologie, le 14 mai.

Examen. — Abdomen souple, légèrement ballonné, peu douloureux. On ne sent rien de net dans la fosse iliaque droite. La région sus-pubienne est également souple ; on ne sent rien de net dans la profondeur.

Mais, dans la fosse iliaque gauche, par le palper, on reconnaît une tumeur grosse comme le poing environ, irrégulière, difficile à délimiter à cause de la douleur que l'on provoque au palper.

Au toucher, le col utérin est gros, un peu ramolli ; l'utérus n'est pas mobilisable. Le cul-de-sac droit est légèrement empâté. Le cul-de-sac gauche bombe légèrement ; en combinant au toucher le palper, on sent plus nettement la tumeur dans la fosse iliaque gauche, tumeur ovoïde, remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, et donnant au doigt une fausse fluctuation.

L'état général devient de plus en plus précaire ; le pouls est lent, mou ; la température varie entre 36 et

37 degrés. Langue saburrale, état nauséeux, vomissements, constipation ; mictions difficiles ; expectorations abondantes, Si la femme n'a pas de métrorrhagie, elle s'affaiblit de plus en plus à chaque nouvelle crise de douleurs et la tumeur abdominale s'accroît un peu plus chaque jour.

En conséquence, et devant l'échec du traitement médical (glace sur le ventre, injections chaudes, etc.), une intervention est faite le 22 mai.

Dans la fosse iliaque gauche, on reconnaît bien vite la poche tubaire, tendue, prête à se rompre, avec quelques adhérences de voisinage. Pédiculisation avec deux clamps courbes ; excision en masse du kyste fœtal, rempli de caillots et de sang noirâtres.

L'opération est terminée sans incidents ; les suites opératoires sont simples ; la malade guérit.

Observation XIX

(Inédite)

Clinique de gynécologie de M. le Docteur Platon

Crises douloureuses. — Expulsion de caillots et de caduque. — Mauvais état général. — La laparotomie permet l'extirpation d'un kyste fœtal surdistendu contenant un petit embryon. — Guérison.

R. M..., ménagère, 35 ans. Entrée le 28 juillet 1909 en gynécologie. Rien de bien saillant dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Réglée à seize ans et bien. Pertes blanches rares. La femme a eu huit grossesses, les quatre premières terminées prématurément, à sept et huit mois. Les quatre dernières grossesses sont allées à terme ; trois des derniers enfants seuls sont vivants. La dernière grossesse remonte à 7 ans.

La malade a eu ses règles, d'abondance et de durée moyennes, au mois de mai, comme d'habitude.

En juin, les règles n'ont pas reparu.

Le 7 juillet, la malade fut prise de vives douleurs abdominales, accompagnées de l'expulsion de caillots parmi lesquels on reconnut une membrane sacciforme (qui n'était autre que la caduque). La femme, alitée durant quelques jours, reprend ses occupations, mais des métrorrhagies continuelles, bien que peu abondantes, l'affaiblissent à tel point qu'elle demande son admission à l'hôpital.

Observée pendant plusieurs jours, mise au repos complet, elle est traitée par des injections chaudes et pansements appropriés. Des crises douloureuses peu espacées se répètent comme les hémorragies, et, de jour en jour, rendent plus mauvais l'état général.

A l'examen, le ventre est assez souple, plus douloureux à droite que partout ailleurs. En ce point, on sent une tuméfaction qui plonge dans le petit bassin et remonte à mi-hauteur de la symphyse et de l'ombilic.

Au toucher, le col est ramolli, saignant, immobile, ainsi que l'utérus, dévié un peu à droite, et séparés par un sillon d'une masse résistante au doigt, immobile, qui bombe dans le cul-de-sac droit et dans le Douglas.

L'état général s'aggravant, les signes locaux s'accentuant en dépit du traitement par les applications de glace sur le ventre, etc., l'intervention s'impose. La malade est opérée le 12 août.

On trouve la trompe droite surdistendue, prête à se rompre, très volumineuse ; extirpée avec toutes les précautions voulues, elle est ouverte sur un plateau après l'opération. Elle contient un petit embryon noyé dans le sang et les caillots qui remplissent le kyste fœtal.

Suites opératoires heureuses. Guérison complète et rapide, sans drainage. Les annexes gauches et l'utérus, sains, ont été respectés.

Observation XX

(Inédite)

Service de gynécologie de M. le docteur Platon.

Hématocèle rétro-utérine dans une grossesse ectopique gauche très probable — Traitement médical. — Guérison

G. E..., femme de 28 ans, journalière. Entrée dans le service de gynécologie le 25 avril 1909. Sortie le 8 juin dernier.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans et bien. Mariée à 21 ans, elle a eu un premier enfant à 22, un deuxième à 24 ans. Les grossesses furent bonnes, les accouchements normaux. Jamais cette femme n'a souffert du ventre pendant ses menstrues ; jamais de leucorrhée. Fièvre typhoïde sans complications à 25 ans.

Le 26 mars, la malade compte un retard inexpliqué de six jours pour ses règles. Obligée par son travail de laver plusieurs heures de suite, une abondante perte de sang et de caillots, avec fragments de peaux, se produit ce jour-là, presque sans douleur.

A dater de cette époque, des hémorragies surviennent, augmentant durant 14 jours. Le ventre, en même temps, devient de plus en plus douloureux, surtout à gauche. Les souffrances se calment un peu dans l'intervalle des hémorragies, qui cèdent enfin et font alors place à des pertes blanches. Les injections chaudes arrêtent ces pertes mais les douleurs, bien que diminuées, ont persisté

A l'examen, on sent une petite tumeur abdominale, à gauche ; la pression est plus douloureuse en ce point que partout ailleurs.

Au toucher, le col est entr'ouvert, un peu ulcéré, refoulé très en avant.

Le cul-de-sac gauche est empâté.

Le cul-de-sac postérieur est occupé par une tuméfaction du volume d'une mandarine, paraissant indépendante.

L'état général est assez satisfaisant. Pas de température. Le régime lacté est bien supporté. Pas de vomissements. Diarrhée de temps à autre; habituellement constipation opiniâtre, qui cède aux lavements évacuateurs.

Injections, glace sur le ventre, toniques, suffirent à amener la guérison. A la sortie de la femme, le 8 juin 1909, la tuméfaction reconnue dans le cul-de-sac de Douglas s'était complètement résorbée ; les métrorrhagies et les crises douloureuses s'espacent de plus en plus, pour disparaître enfin totalement.

Observation XXI

(Inédite)

Due à l'obligeance de Monsieur le docteur Poucel, chirurgien des Hôpitaux. Kyste hématique de la trompe droite. — Ablation par laparotomie. — Confusion avec un hydrosalpinx. — Métrorrhagies. — Expulsion d'une caduque.

L. L..., ménagère, 31 ans, entrée à l'hôpital fin août 1909, en chirurgie.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

Antécédents personnels. — Réglée de bonne heure ; les règles ont toujours été normales en abondance et durée, rarement douloureuses. Un peu de leucorrhée. Mariée à 27

ans ; deux ans après, elle accouche à terme sans incidents d'un bel enfant.

La malade, dans ces deux dernières années, ne s'est jamais plaint du ventre.

Fin mai 1909. — Règles à époque normale.

Fin juin 1909. — Retard des règles de dix jours ; on lui administre des pilules purgatives et de l'eau savonneuse, la femme étant très constipée.

Vers le 10 juillet, au milieu d'une petite crise de douleurs abdominales, la femme dit avoir expulsé sans hémorragie un caillot très net.

Quelques jours après, à nouveau, la malade souffre et expulse une sorte de pellicule (caillot, membrane ou caduque ?)

Depuis, la malade éprouve des douleurs plus ou moins fortes dans le bas-ventre, douleurs s'irradiant aux lombes, au rectum.

2 août. — La malade doit garder rigoureusement le lit ; les douleurs sont intenses, le ventre est ballonné, mictions pénibles ; constipation. Pas de vomissements, ni température.

A dater du 2 août, la femme a eu quotidiennement des pertes rouges, qui, à la fin du mois, ont eu l'abondance des époques menstruelles. Les douleurs augmentent encore, maux de tête, épistaxis ; température, 37°5.

Toucher. — Matrice en antéflexion, un peu grosse. Col très légèrement ramolli.

Annexes gauches un peu augmentées de volume ; à droite et en arrière tombe dans les culs-de-sac une masse annexielle, très douloureuse, résistant au doigt. Par le toucher et le palper combinés, on reconnaît que cette tumeur s'étend dans la fosse iliaque droite, dépasse un peu à droite la ligne médiane et s'enfonce derrière l'utérus

qui déborde la symphyse. Le diagnostic d'hydrosalpinx est porté.

L'état général de la femme n'est pas brillant, un peu de fièvre se déclare, l'intervention est décidée.

A l'ouverture de l'abdomen, on reconnaît la tumeur comme un gros kyste hématique bâti par des adhérences avec l'utérus, l'appendice et l'intestin surtout. L'utérus hypertrophié a à peu près la grosseur d'un utérus gravide de deux mois.

L'excision du kyste fut très pénible ; la poche adhérente aux organes voisins ne céda qu'après de longs et prudents efforts. Une parcelle même ne put être excisée à cause des adhérences avec l'intestin.

Le kyste contenait des caillots et de la sérosité hématique ; on n'a pas pu y reconnaître de fœtus.

Suites opératoires normales ; guérison.

Observation XXII

(Inédite)

(Service de gynécologie de M. le Docteur Platon)

Ovaro-salpingite gauche ayant prêté à confusion avec une grossesse tubaire gauche.

F. A..., 34 ans, ménagère. Bons antécédents héréditaires ; n'a jamais été malade.

Entrée dans le service le 25 mai 1907.

Bien réglée depuis l'âge de 11 ans.

Première grossesse normale à 17 ans ; l'enfant est bien portant.

Deuxième grossesse normale à 20 ans ; l'enfant est mort deux ans plus tard de méningite.

Troisième grossesse normale encore, à 23 ans ; l'enfant est mort à trois ans de fièvre typhoïde.

Quatrième grossesse bonne aussi, mais enfant meurt à dix-huit mois d'œdème de la glotte.

L'année dernière, à Pâques, avortement de deux mois à la suite d'une chute ; la malade entre à l'hôpital très anémiée ; vingt jours après, curettage après dilatation aux bougies d'Hégar.

Maladie actuelle. — Dernières règles normales du 24 au 27 mars 1907. Huit jours après, en étendant une lessive, la femme prend froid, rentre chez elle et, brusquement, dans la soirée, ressent une douleur très violente à gauche, dans le petit bassin ; un peu de fièvre se déclare. L'application de cataplasmes chauds soulage un peu la malade qui reprend avec peine ses occupations au bout de quelques jours.

Cet état dure pendant un mois. La malade consulte alors un médecin qui lui dit, pour se faire comprendre, que « son sang s'est glacé du côté gauche du ventre » et prescrit un traitement approprié.

A noter que la malade n'a jamais de pertes à aucun moment et que les dernières règles datent du mois de mars.

Examen. — Par le palper et le toucher combinés, on sent que l'utérus est dévié à droite. Le col est légèrement mou, les culs-de-sac sont libres, sauf le gauche, où bombe sans fluctuation une tumeur qui s'étend, dure, immobile et douloureuse, dans la partie gauche du petit bassin, presque jusqu'au niveau de l'ombilic.

Cet ensemble de symptômes fait penser à une grossesse tubaire en imminence de rupture, et pour prévenir cet accident, en présence d'un état général assez mauvais, on décide une intervention.

Laparotomie le 28 mai. — A gauche, la tumeur est adhérente aux anses intestinales, elle est tendue, difficile à isoler, mais au cours du clivage, elle se rompt laissant écouler

un liquide d'abord clair, puis progressivement louche et purulent.

Une deuxième poche de pus se trouve au niveau de l'ovaire gauche ; on la décortique tant bien que mal. La trompe est volumineuse à gauche. On fait alors une hystérectomie subtotale et un drainage soigné sous-péritonéal et abdominal.

Les suites de l'opération furent bonnes, sans réaction péritonéale ; suppuration prolongée de la paroi seulement.

Diagnostic anatomique : ovaro-salpingite gauche.

BIBLIOGRAPHIE

Albertin et Descouttes. — De la grossesse tubaire (à propos de 77 observations personnelles). Lyon Chirurgical, 1908-09, p. 453-617.

Ammann. — Ueber wiederholte Tubarschwangerschaft bei der selben Fran., Thèse de Bâle, 1900.

Athern. — Grossesse abdominale à terme, suivie après deux ans d'une grossesse utérine normale à terme, nécessitant une opération de Porro. Bull. Méd., Québec, Oct. 1908, p 49.

Audibert et Marie. — Radiographie stéréoscopique positive dans un cas de grossesse extra-utérine. Toulouse Médical, 1907, p. 238.

Audibert. — Description d'un kyste fœtal extrait par la laparotomie. Toulouse Médical, 1903, p. 286-288.

Andrews J.-W. — On the anatomy of the pregnant tube. Transactions of the Obst. Soc., London, 1903. Vol. XLV, p. 197.

Blackwood W. R.-D. — Electricity vs. laparotomy in extra-uterine pregnancy. Times and Reg. Philad , 1896, p. 292-294.

Brothers A. — Subsequent behavior of cases of extra-uterine pregnancy treated by electricity. New-York Med. Journ , 1890, II, p. 103.

Bouilly G. — Notes sur la grossesse extra-utérine, tirées de l'analyse de cinquante observations personnelles. Gynécologie, 1898, III, I, p. 109.

Brothers A. — Present position of the electrical treatment in ectopic gestation. Tr. Am. Electrother. Ass. 1893, p. 170-175, 1 tabl.

Brothers. — Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. Médical Record, 21 mars 1908.

Boehm H.-E. — Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der Extrauterin-Graviditat. Thèse, Leipzig, 1904.

Buckmaster A.-H. — Electricity in extra-uterine pregnancy. Am. J. Obst. N.-Y., 1890, p. 337-343.

Burnier. — Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine, Gazette des Hôpitaux, Août 1908, p. 1131-1167.

Bovis (R. de). — Peut-on opérer les grossesses extra-utérines durant la phase de shock ? Semaine Médicale, Paris, 1908, p. 529-532.

Bula-Lafont P. — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine. Thèse de Bordeaux, 1891.

Bom (de). — Grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. Progrès Médical belge, Bruxelles, 1909, p. 21-24.

Bosquette et Termier. — Grossesse extra-utérine de deux mois et demi, rupture, inondation péritonéale, intervention, hémostase par ablation de la poche tubaire, pas de drainage, guérison. Dauphiné Médical, Grenoble, 1909, p. 67-69.

Brindeau A. — Hémorrhagie intra-utérine dans un cas de grossesse ectopique. Bull. Société Obst., Paris, 1908, p. 385. Analyse. Annales de Gynécologie et obstétrique, Avril 1909, p. 232.

Bejan. — Sur trois cas de grossesse extra-utérine. Bull et Mém. Soc. Chirurgie 1908, p. 35.

Boldt H.-S.-J. — The diagnosis of extra-uterine pregnancy. Post-Graduate, New-York, 1908, p. 932-942.

Bushnell C.-H. — Extra-uterine pregnancy. Chicago M. Times, 1908, p. 484-495.

Brandéis R. — Rétention fœtale extra-utérine datant de vingt-et-un ans, examen histologique du fœtus. Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux, 1907, p. 42.

Bazalgettes H. — Des grossesses tubaires méconnues. Thèse de Paris, 1905.

Crandon. — Deux opérations de grossesse extra-utérine chez la même malade : aspect moribond après la seconde opération ; traitement par la transfusion du sang ; guérison. Boston médical and Surgical Journal, 23 juin 1908.

Chavannaz. — Statistique de grossesse extra-utérine. Soc. de Médec. et Chirurgie de Bordeaux, janv. 1908.

Chong Draghiesco. — Grossesse dans la corne rudimentaire de l'utérus bicorne. Bull. Med. Soc. Chir. Bucaerst. 1907-08, 30-58.

Catirani. — Il momento e la via di intervento nella gravidanza extrauterino. Archivio Italiano di Ginec. Avril 1909, p. 105.

Cohn. — Grossesse extra utérine ouverte dans le rectum. Bull. Med. Soc. Chir. Bucarest. Janvier-Avril 1908, p. 11.

Cole C. S. — A Clinical record ectopic gestation. New York. J. Gyn. Obst. 1892, 31-37.

Cazeaux P. — Des modifications de la muqueuse utérine au cours de l'évolution des grossesses ectopiques. Annales de Gynécol. et d'Obstétr. Paris 1904, p. 85-103.

Carl. E. — Ueber Extrauterin-Schwangerschaft und deren Therapie. Thèse Munchen 1903.

Cameron S.-J.-M. — Some pathological considerations of extra-uterine pregnancy. Lancet, London, 1906, II.

Campione F. — Laparatomia primaria per gravidanza extrauterine a termine (madre e bambina viventi). Arch. di Ostetr. e ginec. Napoli 1908-09, p. 647-673.

Chavannaz G. — Un cas de coexistence de grossesse intra et extra-utérine. J. de méd. franç. Paris 1908, p. 715.

Coyteux-Prevost L. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine basée sur 14 observations personnelles. Bull. Méd. Québec 1901-02, p. 523-543.

Crcom J.-H. — Série d'observations de grossesses extra-utérines démontrant l'utilité de l'intervention chirurgicale à toute période. Rev. de thérap. méd. chir. Paris 1895, p. 171-177.

Couvelaire. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse de Paris, 1901.

Croisier M. A. — Grossesse extra-utérine rompue au 8e mois. Soc. d'Obst. de Gynécol. et de Pédiatrie. Paris, 1907. Ann. de Gynécol. et d'Obst., 1907, p. 688.

Doléris. — Grossesse extra-utérine tubo-abdominale. La Gynécologie, 1896, p. 235.

Van Dittel. — Remarques sur la grossesse extra-utérine. Progrès Médical, 2 mai 1908.

Delbet P. — Traité de Chirurgie de Duplay-Reclus. T. VIII et suivants. Paris 1908.

Descarpentries. — Deux cas de grossesse extra-utérine. Grossesse extra-utérine multiple Echo Médical du Nord. Lille, 1909, p. 159.

Dartigues M. L. — Grossesse extra-utérine récidivée. Hystérectomie abdominale : occlusion intestinale post-opératoire ; guérison. Revue mensuelle de Gynécol., d'Obst. et Pediat, 1908, p. 143.

Dukemann. — Diagnostic et opération avant la rupture. Médical Record. 25 janvier 1908.

Demons et Fieux. — Grossesse tubaire dans un conduit accessoire. Ann. de Gynécol et d'Obst. Paris, 1902, 241.

Delétrez. — Grossesse extra-utérine datant de douze mois. Congrès Nat. period. de gynécol. d'Obst. et de pédiat. Rouen, 1904-92-99.

David J. — Grossesses intra-utérines prises pour extra-utérines. Thèse de Montpellier 1901.

Devèze. — Grossesse extra-utérine interrompue au 2e mois, expectation armée ; guérison. Montpellier Médical 1907, 356-359.

Dolgow H. — Ueber Dauerresultate der operativen Behandlung der Extrauteringravidität. Thèse d'Iena 1906.

Delbet P. — Grossesse extra-utérine ; laparotomie : hémorrhagie secondaire ; deuxième laparotomie, guérison. Bull. Med. Soc. Anat. Paris 1906, p. 460-462.

D'Erchia F. — Ovaro-salpingite bilatérale e gravidanza tubarica destra. Gynécologia. Firenze, 1905, p. 287 300.

Eden T. W. — On the importance of pain and hæmorrhage as symptoms of extra-utérine gestation. British. Med. J. London 1909, I , 940-943.

Eckerdsdorff O. — Zür Behandlung der Extra-Uteringravidität mit Morphiuminjektionen. Thèse München 1903.

Eustache G. — Diagnostic précoce de la grossesse ectopique. J. d. Sc. Médicales de Lille 1903, p. 97-108.

Fieux. — Grossesse extra-utérine. J. de Médec. Bordeaux 1907, 299.

Fournier. — Grossesse extra-uterine opérée à chaud. Gaz. Méd. de Picardie. Amiens 1903, p. 140-142.

Fabri. — Les injections intra-utérines comme cause possible de grossesse tubaire. Societa Ital. di Ostetr. e ginecologie. Roma, vol V, p. 257.

Fellner (O. O.). — Extrauteringravidität. Gynaek. Rundschau. Berl. u. Vien. 1908.

Fieux (F.). — Grossesse extra-utérine abdominale. Rev. prat. d'obst. Paris, 1908, 113-119.

Frédéricq. — Suites opératoires peu connues de grossesse ectopique. Bulletin de la Société belge de Gynécologie. Bruxelles, 1904-1905, p. 67.

Friedler (L.). — Beitrag zur Aetiologie, Diagnostik und Therapie der Tubargravidität. Deutsche Ztschr. v. Chir. Leipz. 1908, 170-208.

Fellner (O.). — Sur l'état des vaisseaux dans les grossesses tubaires. Annal. de Gynéc. et d'obst. Paris, 1905, p. 682.

Garipuy (R.) et Berny. — Grossesse extra-membraneuse de 5 mois ; métrorragies abondantes. Compte-rendu Soc. d'obst. et de gynéc. et de pædiat de Paris, 1908 X., 296-298 Analyse Annales de Gynecol. et d'Obst. Paris, avril 1909, p. 239.

Getty (S. E.). — Ectopic gestation, diagnosis, and indications for treatment previous to the fourt histories of twenty one cases. New-York med. Jour. 1907, 1116-1125.

Guerdjikoff.— Manœuvres abortives au cours de la grossesse extra-utérine. Ann. de Gynécol. et d'Obst. Paris, 1907, p. 586-591.

Gangolphe. — Grossesse extra-utérine. Bull. Soc. Chirurgie de Lyon, 1900-1901, p. 199.

Gaussel. — Un cas de grossesse extra-utérine. Montpellier Médical, 1905, pp. 313-318.

Gross (G.). — Malade opérée de grossesse extra-utérine rompue. Revue médicale de l'Est. Nancy, 1907, p. 90-92.

Ghyoot (J.). — De la grossesse extra-utérine et des états pathologiques connexes. Rev méd. de Louvain, 1905, 177-185.

Hellier J. B. — Cornual gestation in one horn of a bicornuate uterus ; rupture, recovery. Med. Press. Lond. 1908, p. 583.

Haret. — Récidive de grossesse ectopique. Thèse de Paris 1900-1901.

Heineck A. P. (de Chicago). — Des grossesses extra-utérines Leurs terminaisons. Leurs traitements d'après une statistique de 40 cas personnels. Gazette de Gynéc. 1907, p. 257-273-289.

Hayd H. E. — Some experiences with extra-uterine pregnancy and report of a cases. Buffalo Méd. Journ. 1908-09, 237-243.

Hanley L. G. — Extra-uterine pregnancy : obstruction of bowel ; a rupture of sac. Buffalo Méd. Journ., 1908-09, p. 555.

Hugins R.-R. — Three cases of extra-uterine pregnancy. J. Am. Ass. M. Chicago 1909, p. 1254.

Hannes W. — Zur symptomatologie der Tubengravidität. Therap. Rundschau. Berl. 1909, iii 305-307.

Hicks H. T. — A case of ruptured ectopic gestation occurring in a rudimentary horn of a uterus bicornis unicollis. British Méd. Journ. London 1908, I, 303.

Heineck A. P. — Des grossesses extra-utérines ; leurs terminaisons, leurs traitements d'après une statistique de 40 cas personnels. Union Médicale du Canada. Montréal 1907, p. 335-377.

Hiselin A. — Un cas d'inondation péritonéale par avortement tubaire. Journal de Médecine Interne, Paris, 1909, p. 16

Jourdan M. — Grossesse extra-utérine de 3 mois. Marseille Médical 1908, 760-763.

Jeanne — Sur deux cas de grossesse extra-utérine, l'une au début, l'autre à la fin de l'évolution. Normandie Médicale, Rouen 1906, 559-562.

Jacobs C. — Notes cliniques sur 82 cas de grossesse tubaire. Communication à la Soc. Belg. de Gynécol. Annales de Gynécol. et d'Obst. Paris, 1903.

Jacobs. — A propos de 2 cas de grossesse tubaire, enquête en Belgique sur l'intervention opératoire de la grossesse extra-utérine rompue. Bull. Soc. belge gyn. et d'Obst. T. XX, n° 2, p. 30.

Jacobs. — Grossesse extra-utérine rompué, avec inondation péritonéale. Progrès médical belge. Bruxelles, 1909, p. 10-16.

Jaboulay. — Grossesse extra-utérine en imminence de rupture extirpée par la laparotomie vaginale. Lyon Médical, 1901, p. 660.

Jayle et Mandrot. — La grossesse tubaire bilatérale. Revue de Gynécol. chir. abdom. Paris, 1904, p. 195.

Kaznelson (M.). — Ueber die Therapie der ektopischen Schwangerschaft am Frauenspital Basel-Stadt (An Hand von 102 Fällen) Basel, 1908, F. Reinhardt.

Kennedy. — Ectopic Gestation. New-York. Med. Journ. 1909, p. 61.

Kleibömer (C.). — Beitrage zur Lehre von der Extrauteringravidität. Thèse de Strasbourg, 1904.

Kermanner (F.). — Beiträge zur Anatomie der Tubenschwangerschaft. Berlin, 1904.

Lefour et Fieux. — (Traitement). Grossesse extra-utérine. Rev. mens. de Gynécol, etc. Bordeaux, 1903, 214-216.

Lambinon (H.). — Deux grossesses molaires. Ann. Soc. Med. Chir. Liège, 1907, 170-174.

Lemercier (G). — De la grossesse extra-utérine intra-ligamentaire après le 5° mois. Thèse de Paris, 1900-1901.

Larger (R.). — Etiologie de la grossesse ectopique. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 1901, 814-828.

Ladinsky. — Etude clinique d une centaine de cas de grossesse extra-utérine. American Journ. of Obstetrics, janvier 1908. Analyse, Rev. Mens. de Gynécol. Obst., juin 1908, p. 234.

Laroyenne et Durand. — Grossesse extra-utérine à terme et prolongée. Société de Chirurgie de Lyon.

Leonte M. — Les grossesses extra-utérines au point de vue du traitement chirurgical. Congrès de Gynécologie, Marseille, 8-15 octobre 1908.

Legueu F. — Diagnostic entre la grossesse extra utérine rompue et l'appendicite. Bull. Soc. Chirurgie, Paris, 1903, p. 923.

Loeb L. et Hunter J.-W. — Experiments concerning extra-uterine pregnancy and the influence of operation on the course of pregnancy. Univ. Penn. M. Bull., Phila., 1908-09, p. 294-298.

Lejars. — Grossesse extra-utérine. Congrès Franç. Chir., Paris, oct. 1904.

Lequeux. — De la grossesse angulaire et de ses rapports avec la grossesse ectopique. Thèse de Paris, 1906.

Labadie-Lagrave et F. Legueu. — Traité medico-chirurgical de Gynécologie, Paris, 1898.

Lepage. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. Rev. internat. Médec. et Chirurgie, Paris, 1904.

Loewy R. — Grossesse extra-utérine latente. Bulletins et Mémoires Société Anat., Paris, 1900, p. 1018 1023.

Lequeux P. — Sur un cas de grossesse extra-utérine. Bull. Soc. Obstetr. de Paris, 1904, p. 269-273.

Lamborn W.-H. — A study of the development of extra-uterine decidua. Surg. Gynec. et Obst., Chicago, 1906, p. 388-392.

Mansfeld O. — Contribution on the etiology of extra-uterine pregnancy. Gynaekogia, Budapest, 1906, p. 216-223.

Macé O. — Quatorze laparotomies pour grossesse extra utérine. Bull. Soc. d'Obstetr. de Paris, 1906, p. 232-242.

Michaux. — Grossesse extra-utérine ovarienne. Bull. Mém. Soc. Chir de Paris, 1907, p. 560.

Martin A. — De la récidive de la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1900-1901.

Martel et Giroud. — Grossesse extra-utérine ; élimination spontanée de quelques os etc. La Loire Méd. Août 1909, p 423.

Mouriquand. — Grossesse extra-utérine de 4 mois à développement abdominal. Lyon médical, 5 et 12 janvier 1908.

Masini. — Grossesse extra-utérine et hématocèle pelvienne suppurée. Marseille Médical 15 oct. 1907.

Mandl et Schmidt. — Etiologie et Anatomie pathologique de la grossesse tubaire. Arch. fur Gynaek. Bd. LVI.

Muskulus R.-W. — Beitrage zur Behandlung der Extrauterin Schwangerschaft. Halle. A. S. 1906. (Thèse).

Martin A. — Grossesse extra-utérine abdominale de 4 mois : Laparotomie ; extraction du fœtus et du placenta; guérison. Arch. Prov. de Chir. Paris, 1909, 140, 144.

Maur R. — Contribution à l'étude de la Symptomatologie de la grossesse extra-utérine, spécialement dans la première période. Thèse de Paris, 1903-1904.

Martel et Giroud. — Grossesse extra-utérine (Trav. orig.) La Loire Médicale, 15 août 1909.

Mathieu. — Sphacèle du kyste dans la grossesse extra-utérine. Thèse de Toulouse, 1908.

Malone. — Symptoms of ectopic pregnancy. Milw. Med Journ. 1909, p. 3, 4.

Maxwel J. P. — A case of extra-uterine gestation. China M. J. Shanghai, 1909, 14, 16.

Montgomery E. — Diagnosis and treatment of ectopic gestation. Interstate M. J. St-Louis, 1909, 327, 334.

Macé O. — Quatorze laparotomies pour grossesse extra-utérine, considérations cliniques, anatomie pathologique et thérapeutique. Bull. Soc. d'Obst. Paris, juin, 1906.

Mantel P. — Grossesse dans un utérus double prise pour une

grossesse extra-utérine. Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris, 1907, p. 84, 89.

Micholitset. — Etiologie de la grossesse tubaire. Zeitschrift fur Geburt. und Gynaek, 1903. Bd. 49. Helft, I.

Mikhin P.-V. — Intra-or extra uterine pregnancy J. Akush i jensk Coliez. St-Pétersb. 1909. XXIII, 499, 502.

Mucci S. — La Gravidanza tubarica. Tommasi, Napoli, 1909, IX, p. 328.

Manu et Bejan. — Grossesse extra-utérine ouverte dans le rectum. Bull. et Mém. Chir. de Bucarest, 1908, 11.

Neulliess. — Beitrag zur Aetiologie und zum Klinischen Ausgang der Extrauteringravidität. Thèse de Leipzig, 1902.

Opocher. — Gravidanza extrauterina tubarica interstitiale con ritenzione del feto. Folia gynœcol, 1908, vol. I, fas. 3.

Pichevin R. — Faut-il enlever les annexes des deux côtés dans les cas de grossesse extra-utérine ? Semaine Gynécologique, Paris, 1906, XI, 177.

Pantaloni J. — Trois cas de grossesses extra-utérines opérées par des procédés différents et suivies de guérison. Arch. prov. de Chir. Paris, 1898, p. 82-110.

Pichevin R. — Grossesse extra-utérine et ablation bilatérale des annexes. Semaine Gynécol. Paris, 1905, X, 297.

Pellet J.-J.-Ch. — De la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine. Thèse de Lyon, 1908.

Paterson H.-J. — A case of extra-uterine gestation : operation during the sixth month of pregnancy. Lancet, London, 1908, ii, 1835.

Péraire et Lefas. — Kystes inclus dans le ligament large pris pour une grossesse extra-utérine. Ablation du kyste, myomectomie ; guérison. Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1908, 177-179.

Pichevin R. — Du traitement de la grossesse extra-utérine à terme. Semaine Gynécolog., 14 avril 1908.

— Laparotomie ou incision vaginale dans le cas de rupture ou d'avortement tubaire. Semaine Gynécol. Paris, 1908, p. 65.

Pinard A. — Signes, diagnostic et traitement de la grossesse ectopique après le 6e mois. Semaine médicale de Paris, 1894, p. 9-11.

Potocki J. et Bender X. — Grossesse extra-utérine rompue au

6e ou 7e mois sans accidents graves. Grossesse abdominale secondaire avec mort et rétention du fœtus à nu au milieu des anses intestinales. Opération 10 mois après le début de la grossesse. Guérison. Annales d'obst. gynéc. 1904, p. 580-588

Pinard. — Nouveaux documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. (Observ. X). Annales de Gynécol. et d'Obst. 1892. V. 38, p. 171.

Pinard A. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra utérine ; douze observations. In-8°, Paris, 1892.

Prevost C. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Revue médicale du Canada. Montréal 1902.

Pozzi S. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire. Paris, 1908.

Pinard. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine (observ. III). Annales de Gynécol. et d'Obst. Avril 1889.

Potocki. — Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant. Bull. Médical, Paris, 1908.

Pinard. — De l'interruption thérapeutique de la grossesse envisagée au point de vue de son évolution et de sa signification. J. de Médec. Paris, 1902, 382-385.

Poissonnier M. — Grossesse extra-utérine ; rupture tubaire ; colpotomie ; laparotomie, perforation intestinale, guérison. J. des Sc. Méd. Lille, 198-207.

Puppel E. — Wiederholte Tubargravidität. Monatschr. f. Geburtsh. u Gynäk. Berl. 1909. 352-356.

Pantaloni M. — Grossesse extra-utérine rompue, laparotomie. Société de Chir. de Marseille, 15 mars 1906. Marseille Médical, 1906, p. 438.

Pichevin. — Traitement des grossesses extra-utérines. Semaine Gynécol. Paris 1906, p. 177. Rev. prat. d'Obst. de Gynéc. Paris 1908, p. 225-229.

— Grossesse extra-utérine récente. Semaine Gynéc. Paris 1902, p. 289.

Picqué. — Grossesse extra utérine. Bulletin et Mémoires de la Soc. Chirur. Paris 1901, p. 1017.

Pinard. — Le col utérin dans la grossesse ectopique. Compte-rend. Soc. d'Obst. de gynéc. et de pédiatrie, Paris 1903, p. 108.

Pichevin R. — Règles et grossesse extra-utérine. Semaine Gynécol. Paris 1902, p. 121.

Pozzi S. — Présentation d'une pièce de grossesse extra-utérine à côté d'un utérus fibromateux. Compte-rendu Soc. d'Obst. Paris 1903, p. 142.

Pacalin J. G. — Contribution à l'étude clinique de la grossesse à la fois utérine et extra-utérine. Thèse de Lyon 1903

Platon J. Ch. — Leçons cliniques de Gynécologie 1906.

Queirel. — De la grossesse extra utérine. Revue prat. d'Obst. et de Pediat. Juin 1908, 177-204.

Rachwitz A. H. — Beitrage zur Therapie der Extrauterin Gravidität. Halle. a. F. 1905 (thèse).

Roberts C. H. — A case of pregnancy at full-time in a horn of a bicornate utérus, removed six months after the death of the child. J Obst. and Gynaek. Brit. Emp. London 1906, 604-608. 1 vol.

Ravano. — Rottura di tuba in gravidanza tubarica. Gyn. moderna. feb. 1909, p. 90.

Rott H. — Ectopic gestation, with special reference to the treatment of tubal rupture. Tr. Am. Gyn. Soc. Phil. 1907, 373.

Rouffart. — Grossesse extra-utérine. J. de Chir. et Ann. Soc. belge de Chirurgie. Brux. 1906, p. 435-437.

Remy S. — L'expulsion d'une caduque provenant d'une grossesse ectopique. Presse Médicale, Paris 1908, 841.

Reymond et Couton. — Grossesse extra-utérine rompue. Bull. Soc. Anat, Paris, décembre 1908.

Ribemont-Dessaignes et Lepage — Précis d'Obstétrique.

Rouffart. — Trois cas nouveaux de grossesse ectopique. J. de Méd. Bruxelles 1904, IX, 83.

Rudaux P. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. Clinique Paris 1906. p. 246.

Rouville de. — Grossesse extra-utérine récidivée rompue ; fœtus de 13 centimètres dans l'abdomen ; laparatomie, guérison. Montpellier méd. 1909, 193-202.

Louis Sauvé. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales successives et simultanées. Thèse de Paris, 1905-1906.

Spinelli. — L'intervention vaginale dans la grossesse tubaire pendant les premiers mois Archivio italiano di ginecologia, décembre 1907. Analyse Rev. Mém. Gynécol. Obst. et Pediatrie, 1908, p. 111.

Santi. — Eléments qui peuvent justifier une erreur de diagnostic en fait de grossesse extra-utérine. Soc. toscane d'Obst. et de Gynécol., 17 mai 1908.

Sabadini. — Grossesse extra-utérine. Annales de Gynécologie et d'Obst., Paris 1907, p. 420.

Salecker F. — Ueber Extrauteringravidität. Thèse Konigsberg i Pr. 1903.

Silhol. — Appendicite présentant des symptômes de grossesse extra-utérine. Marseille Medical, p. 111-118, 1905.

Spartali M. (de Smyrne). — Deux observations de grossesse extra-utérine. Soc. d'Obst. et de Gynécol. de Paris, 10 juillet 1905. Analyse. Annale de Gynécol. et Obst., Paris 1905, p. 748.

Stepkowski. — Etude sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine. Revue de Gynéc. chir. abd. Paris 1901, p. 13.

Second. — Traitement des grossesses extra-utérines. Rev. de Gynécol et chir. abd. Paris, 1898, p. 801.

Stedge E. S. — Some moot points in the diagnosis and treatment of ectopic gestation. Univ. Penn. M. Bull. Phila., 1909-10, p. 134-136.

Sens — Grossesse extra-utérine récidivée. Thèse de Paris 1901.

Strieda Ch. W. — Ueber eine ausgetragene Tubargravidität. Thèse Leipzig, 1908. B. Georgi 31.

Stapper H. — Trois grossesses extra-utérines successives chez une dysmenorrhéique stérile. Rev. de Gyn., Paris 1908, 169-176.

Smith C. H. — The diagnosis of extra-uterine pregnancy. J. Mich. M. Soc. Detroit 1908. 325-328.

Saint-Jacques et Marien. — Un cas de grossesse extra-utérine chronique, variété abdominale, avec lithopedion. Union Médicale du Canada. Montréal, 1905, 18-21.

Schultze W.-H. — Ueber das Verhalten der uterinen Decidua bei ektopischer Gravidität; ein Beitrag zur Frage nach der Entstehung des unteren Uterinsegmentes. Arch. f. Gynaek. Berl. 1907, 370-381, 1 pl.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements.

Thélin (Charles). — Du diagnostic de la grossesse extra-utérine; étude de 24 cas opérés à la Maternité de Lausanne du 1er décembre 1903 au 23 août 1906. Thèse de Lausanne, 1908.

Tourneux J.-F. — Un cas de grossesse tubaire. Toulouse Médical, 1909, p. 4-6.

Tissier et Pénard. — Grossesse extra-utérine ligamenteuse et rupture utérine. Bull. Soc. d'Obst. Paris, 1909, 178-181.

Tissier et Wiart. — Grossesse ectopique intra-ligamentaire méconnue. Interventions à terme. Enfant vivant. Soc Obst. Paris, 16 juin 1908. Analyse. Ann. Gynécol. et d'Obst. Mai 1909, p. 106.

Thomas H.-W. et Burford G. — On a case of extra-uterine gestation presenting special clinical features. British Homæp. Rev. Lond. 1909, 101-105.

Trautmann F.-A. — Ein Fall von Extra-uteringravidität mit ausgetragenen Kind. 8° Leipzig. 1906 (Thèse).

Tixier. — Grossesse extra-utérine de 4 mois à développement abdominal avec pédicule l'unissant à la trompe : ablation du kyste fœtal. Lyon Médical, 1908, CX, p 35.

Treub. — Traitement de la grossesse extra-utérine après rupture ou avortement tubaire. Analyse. Annales Gynécol. et d'Obstétrique, 1908, p. 733. Rev. Mens. de Gynéc. Obst. Pediat. p. 361, de 1908.

Uthmöllerg A. H. H. — Ueber Extrauterinschwangerschaft. Thèse de Breslau, 1903.

Vallois L. — Quelques réflexions sur un cas de grossesse extra-utérine. Rev. mens. de Gynéc. d'Obstet. et Pediat. Paris, 1909, p. 1-7.

Viannay. — Rupture de grossesse tubaire : laparotomie au cours d'une hémorrhagie itérative : guérison. Loire Méd., Saint-Etienne, 1909, p. 27.

Violet. — Grossesse tubaire gémellaire de date assez récente ; avortement tubaire ne se traduisant que par des symptômes douloureux. Lyon Médical, 1909.

Vignard. — Nouvelle contribution à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Gazette Médicale de Nantes, 19 sept. 1908, 741-756.

Vignard. — Etiologie de la grossesse extra-utérine. Annales de Gynécol. Nov. 1901, p. 354.

Vonon H. — Sur quelques points de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine. Bull. Soc. Obstétrique de Paris, 1908, p. 118.

Voron. — Grossesse extra-utérine probablement ovarienne. Bull. Soc. Obst. Paris, 1908, p. 428. Analyse. Annales de Gynécol et Obst. Sept. 1909, p. 565.

Van der Linden et Goetghébuer. — Grossesse datant de six ans dans la corne gauche d'un utérus bicorne. J. de Chir et Ann. Soc. belge. Chir. de Bruxelles, 1907, p. 282-285.

Villiate. — Deux cas de grossesse extra-utérine. J. des Sciences de Lille, 1908, 83-87.

Vallois. — Grossesse extra-utérine abdominale ; rupture du kyste fœtal, laparotomie, ablation du kyste fœtal, accidents post-opératoires ; guérison. Montpellier Médical, 1905, 301-307.

Van Engelin. — Pathogénie de la grossesse extra-utérine. J. de méd. Bruxelles, 1904, p. 372.

Vignard E. — Contribution à l'étiologie de la grossesse extra-utérine basée sur treize observations. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Paris, 1901, p. 354-364.

Weisswange. — Ueber Extrauteringravidität. München Med. Wchnschr. 1909, 388-391.

Wormser. — Operation einer Extrauteringravidität in der Bauerstube. Cor. Bl. f. Schweitz Aerzte, Basel, 1909, XXXIX, 197.

Wade H. et Watson B. P. — The anatomy and histology of an early tubal gestation. Tr. Edinb. Obst. Soc. 1908, 229-246, 14 pl.

Witherspoon J.-A. — Extra uterine pregnancy and operations before rupture. South. M. J. Mashville 1908. I, 394.

Waren J.-C. — Extra-uterine gestation : report of a case with delivery of a viable child. New-York M. J., etc. 1909, 894.

Warner H. F. — A case of tubal pregnancy with early operation. British Medical Journal, London, 1909, i, 270.

Wornitz. — Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Gynaek. Rundschau. 1909. St-Pt. 8, p. 313.

West J. N. — Treatment of extra-uterine pregnancy. Post-Graduate N.-Y. 1908, 942-955.

Watts Eden. — Extra uterine gestation. British Med. Journal. London 1909, 940.

Wagner (Albert). — Die Extrauterinschwangerschaft. Klinische Studie auf Grund von 32 selbstbeobachten Fällen. Stuttgart 1907.

Weisswange F. — Beitrag zur Aetiologie der Extra-uterin-Schwangerschaft. Zentralblatt f. Gyn. Leipzig, 1907. XXXi. 382 385.

Zegers R. — Tres casos de embarazo extra-uterino. Rev. med. de Chil. 1908, 264-272..

Zimmermann W. O. H. — Ueber Prognose und Therapie der Extrauteringraviditäten.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 11 décembre 1909.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 11 décembre 1909.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !